

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)**

Факультет Психологии

Выпускная квалификационная работа на тему:
«Особенности принятия ВИЧ-положительного статуса»
по специальности 37.05.01 — Клиническая психология
основная образовательная программа «Клиническая психология»
профиль: Поведенческая психология здоровья

Выполнила:
Обучающаяся 6 курса
очной формы обучения
Комина Екатерина Вячеславовна

Рецензент:
Кандидат психологических наук
психолог Санкт-Петербургского государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
«Центр по профилактике и борьбе со СПИД
и инфекционными заболеваниями»
Сафонова Полина Владимировна

Научный руководитель:
Кандидат социологических наук
доцент кафедры психологии
здоровья и отклоняющегося
поведения Санкт - Петербургского
государственного университета
Скочиллов Роман Владимирович

Санкт-Петербург
2018

Аннотация

Исследовались особенности принятия ВИЧ - положительного статуса. Объектом исследования являлось отношение к болезни при хроническом заболевании. Измерялись: социально – демографические особенности участников (авторская анкета), тип отношения к болезни (методика ТОБОЛ), уровень депрессии («CES-D10»), уровень тревожности («GAD – 7»), показатель осознанности стигмы («SCQ»), копинг-стратегии («Способы совладающего поведения»), качество жизни (ВОЗЖ-26), уровень самоуважения (шкала самоуважения Розенберга). Обработка данных: t – критерий Стьюдента, факторный и множественный регрессионный анализы. Результаты: В основной группе и группе сравнения высокие показатели по сенситивному типу отношения к болезни демонстрируют респонденты с низкими показателями по самоуважению, а высокие показатели по эргопатическому типу отношения к болезни демонстрируют респонденты с низкими показателями тревожности. У ВИЧ – инфицированных пациентов наблюдается стремление «уйти» от своего заболевания в работу, с целью забыть о существовании своего ВИЧ-положительного статуса. У ВИЧ-инфицированных людей наблюдается более высокий уровень осознания того, что их заболевание стигматизируемо в обществе. При этом, появление у ВИЧ – положительных людей пессимистичного взгляда на происходящее связано с ухудшением состояния здоровья, с ухудшением личных взаимоотношений и низкой социальной активностью в целом. Респонденты, использующие для совладания со своим диагнозом эмоционально – ориентированные копинг – стратегии демонстрируют высокие уровни тревожности и депрессии. Результаты позволяют говорить о выполнении исследовательских задач. Однако, проблема требует дальнейшего изучения.

The features of HIV - positive status were investigated. The object of the study was the attitude to the disease in chronic disease. The following were measured: socio – demographic characteristics of the participants (author's questionnaire), type of attitude to the disease (TOBOL), level of depression ("CES-D10"), level of anxiety ("GAD – 7"), stigma awareness indicator ("SCQ"), coping strategies ("coping behavior Methods"), quality of life (WHOQOL-BREF), level of self-esteem (Rosenberg scale of self-esteem). Data processing: Student's t – test, factor and multiple regression analyses. Results: In the main group and the comparison group, high rates of the sensitive type of attitude to the disease are demonstrated by respondents with low self-esteem, and high rates of the ergopathic type of attitude to the disease are demonstrated by respondents with low anxiety rates. In HIV-infected patients there is a desire to "get away" from their disease to work, in order to forget about the existence of their HIV-positive status. HIV-infected respondents have a higher level of awareness that their disease is stigmatized in society. At the same time, the appearance of a pessimistic view of what is happening in HIV – positive people is associated with a deterioration in health, with a deterioration in personal relationships and low social activity in general. In addition, respondents using emotionally – oriented coping strategies to cope with their diagnosis demonstrate high levels of anxiety and depression. The results allow us to talk about the implementation of research tasks. However, the problem requires further study.

Содержание

Введение.....	6
Глава 1. Особенности отношения к болезни у людей, живущих с ВИЧ.....	9
1. 1. Отношение к болезни при хроническом заболевании	9
1.2. ВИЧ-инфекция как хроническое заболевание	17
1.3. Принятие диагноза ВИЧ-инфекции	25
1.4. Сахарный диабет как хроническое заболевание.....	49
1.5. Принятие диагноза «сахарный диабет»	56
Выводы по 1 главе.....	70
Глава 2. Методы и организация исследования особенностей принятия ВИЧ-положительного статуса.	73
2.1. Описание выборки исследования.....	75
2.2. Методы исследования.....	76
2.3. Процедура исследования.....	84
2.4. Математико-статистические методы обработки данных.....	85
Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение	87
3.1 Характеристики участников исследования	87
3.2. Результаты исследования	90
3.3. Обсуждение результатов исследования.....	104
Выводы	110
Заключение	113
Список использованной литературы.....	115
Приложения	126

Приложение А. Анкета	126
Приложение Б. Информированное согласие	147
Приложение В. Социально – демографические характеристики участников исследования.....	148
Приложение Г. Значения по показателям методик.	152

Введение

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) был открыт и описан в начале 80 - х годов прошлого века, он относится к ретровирусам, инфицирует клетки иммунной системы, приводит к прогрессирующей её деградации и, в конце концов, к иммунодефициту. Последняя, терминальная стадия этого заболевания известна во всем мире как синдром приобретенного иммунодефицита человека (СПИД). Сегодня, проблема ВИЧ/СПИД остаётся одной из проблем глобального общественного здравоохранения. По оценкам Объединённой программы Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), на конец 2016 года, во всем мире 36,7 миллиона человек живут с ВИЧ, а количество новых случаев заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) составило 1,8 миллионов. В 2016 году этот показатель среди взрослых снизился на 11% относительно 2010 года (с 1,9 миллионов случаев до 1,7 миллионов), а среди детей - на 47% (с 300 000 до 160 000) (ЮНЭЙДС, 2017)

Несмотря на то, что, на сегодняшний день, ВИЧ-инфекция рассматривается специалистами в области здравоохранения как хроническое заболевание, она всё ещё остаётся тесно взаимосвязанной с различными социальными и психологическими проблемами. Именно поэтому важно выяснить особенности принятия человеком своего ВИЧ-положительного статуса, отношения ВИЧ-инфицированного к этому заболеванию, выявить факторы, влияющие на этот процесс, а также провести параллели и выявить отличия – что именно отличает это заболевание от других в психологическом плане.

Целью исследования, представленного в данной работе, является выявление особенностей принятия ВИЧ – положительного статуса

Для достижения цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить клинические, психологические и социально-демографические характеристики людей, живущих с ВИЧ.

2. Провести сравнительный анализ типов отношения к болезни у людей, живущих с ВИЧ, и людей, живущих с сахарным диабетом 2 типа.
3. Выявить особенности отношения к болезни у людей, живущих с ВИЧ.
4. Выявить социально-психологические факторы, связанные с отношением к болезни у людей, живущих с ВИЧ.

В качестве объекта данного исследования выступило отношение к болезни при хроническом заболевании, а предметом исследования являются особенности принятия ВИЧ-положительного статуса.

Основная гипотеза исследования заключалась в предположении о том, что в структуре личностного реагирования на болезнь у людей, живущих с ВИЧ будет наблюдаться смешанный тип реагирования с доминированием эргопатического (стенического), анозогнозического (эйфорического) и сенситивного типов, а у людей с диагнозом "сахарный диабет 2 типа" будет наблюдаться смешанный тип реагирования с доминированием эргопатического (стенического) и сенситивного типов.

Дополнительные гипотезы проведенного исследования заключались в следующих предположениях:

1. В структуре личностного реагирования на болезнь высокие показатели по сенситивному типу отношения к болезни будут демонстрировать люди с высокими показателями осознанности стигмы, а также низкими показателями по самоуважению и уровню информированности независимо от типа хронического заболевания;
2. В структуре личностного реагирования на болезнь, высокие показатели по эргопатическому типу отношения к болезни будут демонстрировать люди с низкими показателями осознанности стигмы, а также высокими показателями по самоуважению и уровню информированности независимо от типа хронического заболевания;

3. В структуре личностного реагирования на болезнь высокие показатели по эргопатическому типу отношения к болезни будут демонстрировать люди с низкими показателями тревожности и депрессии, а также высокими показателями по самоуважению независимо от типа хронического заболевания;
4. Вне зависимости от типа хронического заболевания (ВИЧ – инфекция или сахарный диабет 2 типа), низкие показатели тревожности и депрессии будут демонстрировать люди с высоким уровнем качества жизни;
5. Вне зависимости от типа хронического заболевания (ВИЧ – инфекция или сахарный диабет 2 типа), высокие показатели тревожности и депрессии будут демонстрировать люди, прибегающие для совладания с ситуацией болезни к эмоционально-ориентированным копинг – стратегиям;
6. У пациентов с ВИЧ-инфекцией будет наблюдаться гораздо более высокий показатель осознанности стигмы, чем у людей с сахарным диабетом 2 типа.

Методы исследования:

1. Социально – демографический опросник;
2. Опросник «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ/ЛОБИ), разработанный специалистами института им. Бехтерева;
3. Русскоязычная версия опросника GAD – 7;
4. Русскоязычная версия опросника CES – D10;
5. Русскоязычная версия опросника SCQ (Stigma Consciousness questionnaire);
6. Опросник «Способы совладающего поведения» Р.Лазаруса и С.Фолкмана;
7. Сокращенный вариант опросника качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ВОЗКЖ-26);
8. Шкала самоуважения Розенберга.

Глава 1. Особенности отношения к болезни у людей, живущих с ВИЧ.

1. 1. Отношение к болезни при хроническом заболевании

Хронические заболевания обладают способностью прогрессировать, изменяться или переходить в состояние ремиссии, однако, несмотря на это, их особенностью является их затяжной характер. Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения, хроническим считаются длительные и медленно прогрессирующие заболевания (WHO, 2017; Helgeson V.S., Zajdel M., 2017).

Наличие хронического заболевания изменяет самоощущение человека поскольку ранее сохранявшаяся здоровая идентичность заменяется идентичностью болезни, которая включает физические нарушения, эмоциональные реакции на физические симптомы и когнитивные конструкции, присущие болезни. Хроническое заболевание повышает осведомленность человека об особенностях своего тела, влияет на его отношения с другими, изменяет ранее существовавшим убеждениям о себе и планы заболевшего на будущее, а также способны подорвать стабильность личности, внося в жизнь человека некоторую неопределенность (Charmaz K., Rosenfeld D., 2010).

Изучение того, как люди приспосабливаются к хроническому заболеванию, выходит за рамки физических симптомов, ассоциируемых с болезнью, и включает в себя то, как человек воспринимает, оценивает и приспосабливается к этим симптомам. Психологическая адаптация к диагнозу может также быть охарактеризована как постепенный переход больного к принятию своего диагноза, включающий развитие у пациента терпимости и чувства одобрения по отношению к своему заболеванию, интеграцию его в свою повседневную жизнь и идентификацию себя как носителя этого заболевания. Кроме того, в зарубежной литературе также встречаются определение принятия своего заболевания как степени, в которой человек принимает заболевание как

часть своей жизни и интегрирует в неё его психосоциальное воздействие и эмоциональную нагрузку (Helgeson V.S., Zajdel M., 2017; Schmitt A. et al., 2018).

Понятие принятия диагноза встречается в работе Э. Кюблер-Росс «О смерти и умирании», опубликованной в 1969 году и ставшую, на сегодняшний день, классикой зарубежной психологии, в которой исследовательница описала модель, включавшую в себя 5 стадий реагирования человека на сообщение о диагнозе. Ниже эти стадии будут рассмотрены более подробно:

1. Отрицание – человек не может поверить в реальность диагноза, в его правдивость, в то, что это действительно с ним случилось. Человек снова и снова проходит обследования, обращаясь в разные клиники, к разным врачам. Интересно, что подобное первоначальное отрицание характерно как для тех пациентов, которым сообщили правду в самом начале развития болезни, и тем, кто догадался об этом самостоятельно;
2. Гнев – когда заболевший человек уже не может отрицать очевидное, на смену отрицанию приходит ярость, раздражение, зависть и негодование на медицинский персонал в целом и врачей в частности, оказывающихся недостаточно хорошими специалистами, на членов семьи, на здоровых людей;
3. Торг – на этом этапе пациент делает попытки договориться с болезнью, с судьбой, с Богом. Другими словами – прийти к некому соглашению, способному отсрочить неизбежное и дать ему продление жизни или несколько дней без боли и страданий. По существу, такая сделка не только определяет награду за «хорошее поведение», но и устанавливает так называемую «окончательную черту» (например, ещё один раз увидеть близких), а также подразумевает, что, по исполнению желания, больной ни о чем больше не будет просить;
4. Депрессия – эта стадия наступает, когда больной не может отрицать свою болезнь, предстоит очередная операция или госпитализация, у болезни появляются новые симптомы, а сам человек ослабевает и теряет вес. Для

этого этапа характерно ощущение несоизмеримой потери, которое может проявляться по-разному в зависимости от специфики заболевания. Например, женщина с раком молочной железы страдает оттого, что ее фигура потеряла привлекательность, а больная раком матки чувствует, что перестала быть настоящей женщиной. Кроме того, интенсивности длительное лечение требует больших затрат и, в результате, те средства, которые человек откладывал на реализацию давних замыслов уходят на лечение. Тем не менее, важно уточнить, что у стадии депрессии существуют две формы: реактивная и подготовительная. Подготовительная депрессия вызвана не прошлыми потерями, а потерями, которые произойдут в будущем. В противоположность реактивной депрессии, при подготовительной депрессии, когда больной стремится поделиться своими тревогами, склонен к многословному общению и нередко требует деятельного участия представителей разного рода занятий, второй тип депрессии обычно протекает в молчании;

5. Принятие - на этой стадии все прежние чувства уже выражены, пациент перестал оплакивать свою смерть, чувствует усталость и физическую слабость, появляется потребность в дремоте. Этап смирения практически лишен каких-либо чувств, как будто боль ушла и борьба закончена, больной обретает покой и покорность, появляется выраженное стремление оставаться в одиночестве (Кюблер – Росс Э., 2001).

Описывая процесс принятия пациентом своего заболевания, Э.Кюблер-Росс охватывает такие понятия, как «переживание болезни», «поведение во время болезни», «реакция адаптации», «осознание болезни», «личностные трансформации в условиях болезни», отражающие личное отношение больного к своему заболеванию и синонимичные понятию «внутренняя картина болезни» как совокупности представлений человека о своём заболевании, введенному в отечественную психологию Р. А. Лурией в 1935 году и включающего в себя следующие показатели:

1. Понимание механизмов возникновения болезненных ощущений;
2. Оценка своего состояния на будущее;
3. Эмоциональную реакцию на заболевание;
4. Выбор способа действия в новых для человека условиях (Шорина Н.М., 2003).

Наиболее полное представление о внутренней картине болезни пациента формируется в случае принятия во внимание факторов, оказывающих влияние на характер её формирования. На сегодняшний день, таких типологий существует несколько, к числу самых широко известных относятся: типология А.В.Квасенко и Ю.Г.Зубарева, типология Р.Конечного и М.Боухала и типология А.Е.Личко и Н.Я.Иванова (Шорина, Н.М., 2003).

В своей типологии, А.В.Квасенко и Ю.Г.Зубарев выделяли в процессе заболевания 3 этапа формирования, отражающих динамику личностных реакций больного на своё заболевание:

1. Сенсологический – на данном этапе осознание процессов, которые происходят в организме, ограничено неясными неприятными ощущениями разной степени выраженности, неопределенной локализации. Дальнейшее прогрессирование заболевания зачастую сопровождается страхом, а также перерастанием физического дискомфорта в боль;
2. Оценочный – сенсологические данные подвергаются интрапсихической переработке, пациент определяет степень значимости физических симптомов заболевания, оценивает своё состояние. Кроме того, происходит формирование представления о возможных причинах и исходе заболевания;
3. Отношение к болезни – сюда относятся переживания, высказывания, действия и общий рисунок поведения больного (Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980).

Переживание пациентом физических ощущений, оценка их значимости, эмоциональный отклик, находящий свое проявление в поведении, т.е. первый, второй и третий этапы, происходят одновременно и тесно связаны друг с другом, составляя в сознании человека общую картину переживания болезни (Шорина, Н.М., 2003).

Другие исследователи – Р.Конечный и М.Боухал, выделяли следующие факторы, влияющие на внутреннюю картину болезни:

1. Характер болезни (острая или хроническая, какого лечения требует, присутствуют ли сильные боли, ограничение подвижности и т.д);
2. Обстоятельства, в которых болезнь протекает (эмоциональные переживания больного в связи присутствующими социальными проблемами, среда, в которой болезнь развивается, восприятие пациентом причин своей болезни);
3. Преморбидные особенности личности (возраст, степень общей чувствительности, темперамент, характер больного, его ценностная сфера, индивидуальный опыт перенесенных заболеваний, уровень осведомленности о причинах болезни и т.д.) (Конечный Р., Боухал М., 1983).

В основе классификации типов реагирования на болезнь, предложенную А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым, лежит природа соматического заболевания, тип личности и отношение к болезни. Всего были выделены 12 типов:

1. Гармоничный (реалистичный, взвешенный) – адекватная и относительно реалистичная оценка своего заболевания без преувеличения и преуменьшения его тяжести. У пациента присутствует установка на противостояние болезни, стремление тщательно выполнять медицинские рекомендации;
2. Эргопатический (стенический) – для больного характерное стеническое, сверхответственное отношение к работе, он стремится сохранить свой профессиональный и социальный статус, а также возможность

продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. Свойственно избирательное отношение к лечению, определяющееся тем, может ли оно стать барьером для сохранения высокого уровня социальной активности;

3. Анозогнозический (эйфорический) - При эйфорическом типа отношения к болезни больной отбрасывает мысли о болезни, её последствиях, отрицает очевидное, а симптомы заболевания рассматриваются или в качестве проявлений «несерьёзных» заболеваний, или как случайные колебания самочувствия. Также, человек с данным типом отношения к болезни стремится жить прежней жизнью, не учитывая специфики своей болезни, ограничений, накладываемых ею;
4. Тревожный (обсессивно-фобический) – для данного типа отношения к болезни характерна тревога, связанная с заболеванием и его последствиями;
5. Ипохондрический – пациент сосредоточен на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях, он склонен преувеличивать значение симптомов и воспринимать их в качестве проявления тяжелого заболевания;
6. Неврастенический - этот тип характеризуется раздражительностью, колебаниями настроения, нетерпеливостью, проявляющаяся во вспышках досады;
7. Меланхолический – при этом типе отношения к болезни имеется склонность к депрессивным переживаниям в связи со своим заболеванием, таких как выраженная усталость, удрученное настроение, может высказывать активные депрессивные мысли, в том числе и суицидные);
8. Апатический – больной безразличен к процедурам, лечению, а также к результатам диагностики;
9. Дисфорический (агрессивный) – сюда относятся подозрительное отношение пациента к проводимым процедурам, уверенность в

неправильности лечения, агрессивные реакции, убежденность в некомпетентности медицинского персонала, его недобросовестности и т.д;

- 10.Сенситивный - При сенситивном типе для пациента характерна чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о его болезни. Кроме того, данный тип отношения к болезни характеризуется наличием опасений проявления жалости со стороны окружающих, пренебрежения, дискриминации и боязни стать обузой для своих близких;
- 11.Эгоцентрический (истероидный) – в данном случае, характерно переживание болезни как тяжелой, необычно протекающей и заслуживающей внимания окружающих, стремление привлечь к себе внимание, попытки продемонстрировать уникальность своей болезни, её исключительность;
- 12.Паранойяльный - у больного присутствует уверенность в том, что его заболевание – результат ошибки или злого умысла окружающих(Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2014).

Все эти 12 типов были разделены авторами на 3 блока на основании двух критериев: первый отражает воздействие отношения к болезни на адаптацию личности больного, второй - 2 вида дезадаптации в связи с заболеванием – преимущественно на внутреннее состояние больного или на поведенческую сферу:

1. Первый блок – сюда относятся гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, относящиеся к адаптивным типам;
2. Второй блок – объединяет тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, дисфорический типы отношения, вызывающие нарушения социальной адаптации пациентов;

3. Третий блок – сенситивный, эгоцентрический и паранойяльный типы, также, как и типы, относящиеся ко второму блоку, вызывающие социальную дезадаптацию больных (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2014).

Возникновение того или иного типа личностного реагирования на болезнь влияет также нозологическая форма болезни, её тяжесть и длительность заболевания (Шорина, Н.М., 2003).

Далее, будут рассмотрены существующие в отечественной и зарубежной литературе определение термина «принятие диагноза» в связи со спецификой двух заболеваний: ВИЧ-инфекции и сахарного диабета.

1.2. ВИЧ-инфекция как хроническое заболевание

ВИЧ-инфекция – медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, возникающее в результате заражения вирусом иммунодефицита человека, который, поражая иммунную систему, делает организм восприимчивым к разнообразным оппортунистическим инфекциям, т.е. инфекциям, проникающим в организм, ослабленный ВИЧ, и опухолям, что, в конечном итоге, становится причиной гибели инфицированного. Это - одна из самых социально – значимых инфекций XXI века (Шаболтас А. В. и др, 2012).

Впервые, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) был обнаружен в 1983 г. в США и во Франции, в лабораториях Р. Галло и Л. Монтанье. Свои работы эти учёные опубликовали практически одновременно, но, вследствие того, что некоторые эксперименты американского биохимика – Р. Галло – были подвергнуты сомнению, то научное сообщество считает, что первым этот вирус выделил Л. Монтанье. Однако, Р. Галло первым выявил взаимосвязь ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека (СПИД), а также создал тест, позволяющий определить наличие вируса в организме (Никифоров Г.С., 2006).

Первый российский пациент с вирусом иммунодефицита человека был обнаружен в 1987 г. Большинство выявленных в то время случаев заражения были связаны с сексуальным путём передачи – женщины, имевшие сексуальный контакт с мужчинами – выходцами из африканских стран, мужчины, имевшие половую связь с мужчинами. В 1989 г. В Элисте и Волгограде инфицированными числились более 250 детей. Причиной стало использование нестерильного медицинского оборудования. Период 1994 – 1996 гг. стал периодом, в который основной причиной заражения стало совместное использование нестерильных шприцев наркопотребителями (Шаболтас А.В., 2015).

ВИЧ относится к РНК-содержащим вирусам и входит в семейство ретровирусов, содержащих в своей структуре обратную транскриптазу – фермент, способный копировать вирусную РНК в ДНК, а также, в отличие от других вирусов, полностью уничтожает клетки, которые поражает. Заражение вирусом иммунодефицита человека может произойти только в том случае, если пороговое количество вирусов контактирует с клетками, являющиеся пригодными для проникновения вируса (клетки – мишени). Основных клеток – мишеней существует несколько:

1. Клетки иммунной системы – носители специфического рецептора CD4, а именно: 100% Т-лимфоциты, так называемые хелперы, регулирующие общую работу иммунной системы, 10% моноциты – макрофаги, способствующие проникновению вируса в организм, при этом полностью не разрушаясь и 5% В – лимфоциты, ответственные за гуморальный защиту организма, с помощью белков – антигенов;
2. Клетки других органов и систем, в частности клетки лимфатических узлов, клетки шейки матки, альвеолярные макрофаги легких и т.д. (Шаболтас А.В. и др. , 2012; Шаболтас А.В., 2015).

Основной механизм проникновения вируса иммунодефицита человека в клетку связан с гликопротеином gp120, обуславливающий присоединение ВИЧ к рецепторам CD4 лимфоцитов. После того, как вирус проник в цитоплазму клетки иммунной системы, обратная транскриптаза синтезирует комплементарную ДНК на базе вирусной РНК и образуется одонитевая структура ДНК. Далее, с помощью того же фермента, происходит достройка к этой структуре второй нити ДНК. Линейная промежуточная форма ДНК переносится в ядро, где приобретает кольцевую форму и встраивается в ДНК клетки – хозяина с помощью другого фермента – интегразы, превращаясь в ДНК-провирус (Покровский В.В., 2010).

В таком состоянии ВИЧ может находиться в организме человека достаточно долгое время, не вызывая при этом никаких клинических проявлений болезни. Эта стадия получила название латентной фазы или, другими словами, стадии «носительства». При этом следует помнить, что в случае ВИЧ-инфекции истинная латентная фаза отсутствует, поскольку вирус постоянно воспроизводит себя и с течением времени нарастание вирусной нагрузки приводит к появлению симптомов заболевания (Покровский В.В., 2010).

Однако одного связывания gp120 с молекулой CD4 недостаточно для проникновения вируса в клетку. На поверхности клетки-мишени должны присутствовать дополнительные рецепторы – CXCR-4 и CCR-5. Около 17% людей на Земле этими корецепторами не обладают и, предположительно, не инфицируются вирусом иммунодефицита человека (Шаболтас А.В., 2015).

Уменьшение количества клеток – носителей рецептора CD4 приводит к ослаблению цитологической активности CD8 Т-лимфоцитов, которые способны уничтожать инфицированные клетки, в результате чего происходит исчезновение контроля за возбудителями бактериальных, вирусных, грибковых, протозойных и других оппортунистических инфекций, попадающих в организм человека, а также за раковыми клетками. Одновременно с этим происходит нарушение функции В-лимфоцитов, поликлональная активация которых, с одной стороны, приводит к увеличению количества белков, функцией которых является защита организма от инфекций (гипергаммаглобулинемия), с другой – к ослаблению способностей данных белков продуцировать нейтрализующие вирус антитела (Шаболтас А.В., 2015).

Говоря о вирусе иммунодефицита человека нельзя не раскрыть его основные биологические свойства:

1. Высокая изменчивость – в сравнении с вирусом гриппа, мутационная активность вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в 5 раз больше. Генетические изменения вируса происходят в процессе

самовоспроизведения (репликации). При этом, частота возникновения ошибок в этом процессе такова, что практически каждый новый вирус отличается от предыдущего хотя бы на один нуклеотид. На сегодняшний день, международная база данных включает в себя геномы нескольких десятков вариантов ВИЧ-1, обнаруженных в мире. Данное обстоятельство – серьёзное препятствие для разработки и внедрения эффективной вакцины и лечения ВИЧ-положительных людей;

2. Нестойкость во внешней среде. Активность вируса снижается при температуре 56 ° С, а по прошествии 30 минут, вирус инактивируется. Кроме того, он погибает в течении 1-3 минут при кипячении, а также при резком изменении кислотно – щелочного баланса, изменении реакции среды и под воздействием дезинфицирующих химических средств;
3. Вирус характеризуется относительной устойчивостью к ионизирующей радиации, облучению ультрафиолетом и заморозке при -70° С (Шаболтас А.В. и др. , 2012; Шаболтас А.В., 2015).

Источником вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) может быть только ВИЧ-позитивный человек, как в бессимптомной стадии болезни, так и в стадии развернутых клинических проявлений. Существование вируса в организме животных и насекомых невозможно. Выделяются несколько факторов передачи вируса: кровь (0,1мл – инфицирующая доза), сперма, спинномозговая жидкость, грудное молоко, менструальная кровь, влагалищный и цервикальный секрет, биологические препараты, которые производятся из разнообразных тканей организма человека (Шаболтас А.В. и др., 2012).

Все вышеперечисленные жидкости, в случае наличия в организме человека, характеризуются высокой концентрацией вируса, которая, при контакте, будет достаточной для заражения. Также, следует заметить, что заражение может произойти только в том случае, если вирус попал в кровоток

или на слизистую оболочку здорового человека в количестве, достаточном для инфицирования (Шаболтас А.В. и др., 2012).

На сегодняшний день в мире обнаружены 4 типа вирусов иммунодефицита человека: ВИЧ-1, ВИЧ-2, ВИЧ-3 и ВИЧ-4, 9 субтипов ВИЧ – 1 (А,В,С,Д,Е,Ф,Г,Н,О) и 3 комбинированных (рекомбинантных) субтипа. Различные типы и субтипы вируса различаются по молекулярным характеристикам и клиническим проявлениям. ВИЧ – 1 был открыт в 1983 году и является наиболее распространенной формой. ВИЧ – 2 открыли в 1986 году и, в отличие от первого представителя группы, изучен в меньшей степени. Он менее патогенен и вероятность его передачи меньше, чем вероятность передачи ВИЧ-1. Отмечается также, что у людей, инфицированных ВИЧ-2, ослаблен иммунитет к ВИЧ-1. ВИЧ-3 – редкая разновидность вируса иммунодефицита человека, открытая в 1988 г, не реагирующий с антителами других известных групп и обладающий значительными отличиями в структуре генома. Более распространенным названием этой разновидности вируса является ВИЧ – 1 субтип О (Шаболтас А.В. и др. , 2012; Шаболтас А.В., 2015).

ВИЧ – 4 был обнаружен несколькими годами раньше ВИЧ-3, в 1986, но также является редкой разновидностью ВИЧ. Глобальная эпидемия ВИЧ – инфекции, в основном, обусловлена распространением ВИЧ – 1. Этот же тип в современной пандемии получил наибольшее распространение в Российской Федерации: 94% всех зараженных россиян имеют субтип А (причиной этому служит то, что именно этот субтип распространялся в среде потребителей инъекционных наркотиков), а рекомбинантные вирусы выявляются только в 4% случаев. Относительно других стран – в США доминирует ВИЧ-1, субтип В, а вот в Западной Африке преобладает менее прогрессирующий ВИЧ-2 (Шаболтас А.В. и др. , 2012; Шаболтас А.В., 2015).

Глобальная эпидемия ВИЧ – инфекции, в основном, обусловлена распространением ВИЧ – 1. Этот же тип в современной пандемии получил наибольшее распространение в Российской Федерации: 94% всех зараженных

россиян имеют субтип А (причиной этому служит то, что именно этот субтип распространялся в среде потребителей инъекционных наркотиков), а рекомбинантные вирусы выявляются только в 4% случаев. Относительно других стран – в США доминирует ВИЧ-1, субтип В, а вот в Западной Африке преобладает менее прогрессирующий ВИЧ-2 (Шаболтас А.В. и др. , 2012; Шаболтас А.В., 2015).

К настоящему времени, лекарственных средств, которые бы воздействовали на покоящийся вирус не существует. Другими словами, вирус, уже попавший в организм человека, уничтожить невозможно. Сразу после того, как вирус проник в клетку, иммунная система запускает выработку антител и задействует специфические клетки – убийцы, самостоятельно справляющиеся с первой атакой вируса. Во время бессимптомной стадии устанавливается равновесие: в крови находится определенное количество антител, достаточное для сдерживания размножения вируса и поражения им новых иммунных клеток, о чём свидетельствует восстановление количества CD4 лимфоцитов в крови и их устойчивые показатели в течение длительного периода времени. Это равновесие может быть нарушено по разнообразным причинам, которые могут вызвать снижение количества специфических антител и стимулировать размножение вируса. Однако, существуют препараты, позволяющие остановить размножение ВИЧ на разных этапах его проникновения в клетку. Эти лекарства получили название антиретровирусной терапии (Шаболтас А.В., 2015).

На сегодняшний день, в мировой клинической практике применяется высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ), состоящая, по причине чрезвычайной изменчивости вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и, как следствие, быстрой приспособляемости к лекарственным препаратам, из трех или четырех препаратов одновременно. Классическая схема ВААРТ предполагает использование комбинации препаратов, по механизму своего действия подразделяющиеся на 5 групп: нуклеозидные и ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, ингибиторы протеазы, ингибиторы

интегразы, ингибиторы слияния и ингибиторы рецепторов. Наиболее часто используемыми являются ингибиторы протеазы и ингибиторы обратной транскриптазы. Протеаза и обратная транскриптаза – белки, которые входят в состав вируса иммунодефицита человека и необходимы ему для размножения. Препараты подавляют активность вируса, в результате чего прекращается разрушение клеток иммунной системы и начинается процесс восстановления. В том случае, если ВААРТ эффективна, то иммунный статус, в среднем, увеличивается на 50-100 кл/мл в год. В случае же непереносимости или возникновения резистентности вируса к какому – либо препарату комбинацию препаратов изменяют (Сафонова П.В., Бадосова Н.В., 2014; Шаболтас А.В., 2015).

Однако, антриретровирусные препараты также имеют недостатки, в числе которых находятся высокая стоимость лечения, побочные эффекты, которые делают отдельные препараты непригодными для определенных людей, а также необходимость строгого соблюдения схемы лечения (в противном случае развивается резистентность – привыкание вируса иммунодефицита человека к препарату, в результате чего вирус перестает реагировать на ВААРТ). Несмотря на это, с каждым днём препараты ВААРТ становятся всё более эффективными и имеют всё меньшее количество побочных эффектов (Сафонова П.В., Бадосова Н.В., 2014).

Следует заметить, что показателем к назначению пожизненной ВААРТ не является только лишь наличие ВИЧ – инфекции. При принятии решения о назначении антиретровирусной терапии, медицинский консилиум учитывает также следующие показатели: уровень CD4 лимфоцитов ниже 200/мкл, уровень вирусной нагрузки более 100 000 копий в миллилитре крови, наличие оппортунистических инфекций (Шаболтас А.В., 2015).

С целью исключения ошибок, уровень клеток CD4, а также количество РНК ВИЧ, иначе говоря – вирусная нагрузка, учитываются как показания к назначению ВААРТ, если в течение месяца до проведения данных тестов, у ВИЧ-

инфицированного отсутствовали воспалительные заболевания и прививки, во время и после которых в организме человека могут присутствовать большое количество антител и происходить снижение уровня CD4. В том случае, если лабораторные показания для ВААРТ (вирусная нагрузка и количество клеток CD4) выявляются впервые, а клинических показаний к началу терапии (наличие оппортунистических инфекций) нет, то для решения вопроса о целесообразности начала ВААРТ исследование необходимо провести повторно (Шаболтас А.В., 2015).

Необходимо также отметить, что появление и внедрение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) изменило отношение к ВИЧ-инфекции как к заболеванию, ранее относящемуся к смертельным и перевела его в разряд хронических. Однако, несмотря на значительное улучшение продолжительности и качества жизни ВИЧ-положительных людей, это заболевание всё ещё остаётся обременительным. Особенностью этого диагноза является его связь с множеством социальных и психологических проблем, внутренних кризисов, стрессов, трудностей в межличностных отношениях. (Рехтина Н.В., 2010; Stutterheim S.E. et al., 2014).

1.3. Принятие диагноза ВИЧ-инфекции

Негативные последствия заражения ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) для психического здоровья, психологического и социального благополучия и качества жизни ВИЧ – положительных людей в целом стали видны с самого начала эпидемии. Самые первые исследования психологической адаптации к ВИЧ – положительному статусу продемонстрировали, что ВИЧ – инфицированные люди испытывают высокий уровень дистресса в ответ на получение положительного результата. Спектр и уровень тяжести психологических последствий ВИЧ-инфекции весьма широк и может достигать острых психотических состояний. При этом в случае получения ложноположительного результата после ИФА (иммуноферментный анализ) до опровержения иммуноблотингом, сообщение о возможном заражении ВИЧ, как правило, не вызывает существенных сдвигов в эмоциональной сфере (Шаболтас А.В, 2015).

В противовес этому, после подтверждения своего ВИЧ-положительного статуса результатами иммуноблотинга, человек может переживать сильные эмоции, а его поведение может стать непредсказуемым. Безусловно, та или иная реакция зависит от возраста, личностных особенностей, информированности, социального окружения, взаимоотношений со значимыми людьми, однако, во время болезни, человек может столкнуться со следующими эмоциональными переживаниями:

1. Шок – такая реакция может появиться на сообщение о диагнозе, как о смертельном заболевании и об утрате надежды на благоприятный результат обследования;
2. Отрицание и изоляция – человек не верит в свой диагноз, полагает, что это – ошибка докторов или медсестёр и что анализ неверный. В данном случае, ВИЧ-инфицированный не хочет слышать даже о том, как он теперь может заботиться о себе и как не передать вирус другим;

3. Гнев и досада возникают по причине невозможности справиться с вирусом, победить его, от необходимости обсуждать свою интимную жизнь, от вынужденных ограничений в образе жизни. Зачастую, люди ощущают одиночество и потерянность, своё отличие от других людей, а также чувство несправедливости от того, что больны именно они;
4. Страх – он появляется из-за неопределенности заболевания и его прогноза, эстетическим ухудшением внешнего вида, инвалидностью, процессом лечения, изоляции, одиночества, социального и сексуального отторжения, вероятности заразить других людей, ограничением свободы выбора и, наконец, возможностью разглашения диагноза;
5. Депрессия – её причинами становятся ожидание «неизбежности» физической деградации, угрызений совести, недовольство образом жизни или собственной неосторожностью, а также предвосхищение потерь, которым предстоит произойти или же переживание уже произошедших;
6. Чувство вины может возникать из-за поведения, результатом которого стало, по мнению ВИЧ-положительного человека, «наказание», вероятного участия в распространении инфекции, принадлежность к стигматизируемой обществом группе людей;
7. Навязчивые мысли – выискивание новых симптомов болезни, стремление избежать новых инфекций, заикливание на состоянии своего здоровья, соблюдении диеты, на теме угасания и смерти, суицидальные мысли и попытки;
8. Принятие – результатом принятия своего ВИЧ-положительного диагноза становится ощущение прилива энергии и нового желания прожить жизнь более полно, появляется чувство успокоения и самодостаточности (Сафонова П.В., Бадосова Н.В., 2014).

Тема «принятия» как снижения степени эмоционального дистресса затрагивается также и в других исследованиях. Например, нельзя не упомянуть лонгитюдное исследование Perry S.W. с соавторами, в котором проводилась оценка уровня дистресса до получения результата тестирования на ВИЧ, сразу после этого, после 2 недель и после 10 недель с помощью зрительно аналоговых шкал, на которых участникам исследования нужно было отметить уровни страха и тревоги в момент проведения оценки. Было выявлено, что ВИЧ-инфицированные испытывали сильный стресс до получения результата теста и сразу после него. Тем не менее, нужно отметить тот факт, что уровень стресса резко снижался через 2 и через 10 недель после получения ВИЧ-положительного диагноза (Perry S.W. et al., 1990).

Данный тезис подтверждается исследованием Ironson G. с соавторами, охватывающим 46 MSM (мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами), находящимися в возрасте от 18 до 40 лет, в котором было выявлено, что уровень дистресса и тяжелые эмоциональные переживания существенно снижались, достигая практически нормального уровня, через 5 недель после получения ВИЧ-положительного диагноза (Ironson G. et al., 1990).

Похожие данные приводит и отечественные исследователи Соболева Е.В., и Курбатова М.А. Их исследование, проведенное в 2014 году с использованием опросника «Нарушения психической адаптации» Скорик А.И. и Вердлова Л.С. и охватившем 118 человек, из которых первая половина узнали о диагнозе недавно, а вторая – после продолжительного срока. Результаты исследования показали, что ВИЧ-инфицированные, узнавшие о своём диагнозе недавно, имеют более низкие показатели нормальной реакции и более высокие значения дезадаптации, в отличие от пациентов, знавших о диагнозе продолжительное время (Соболева Е.В., Курбатова М.А., 2014).

Это объясняется тем, что пациенты, узнавшие о диагнозе сравнительно давно, переходят к стадии смирения и адаптации к новым условиям жизни, связанными с болезнью (Соболева Е.В., Курбатова М.А., 2014).

О принятии как возникновении у ВИЧ-инфицированного человека надежды на будущее и веры в лечение говорят Баканова А.А и Васильченко О.Н. в своей работе 2009 года, проведенной на базе Медицинского центра по профилактике и борьбе со СПИДом среди 65 ВИЧ- инфицированных 20-30 лет (31 мужчина и 34 женщины), не отягощенных наркозависимостью и находящиеся на III стадии заболевания со сроком постановки диагноза около двух лет. Взяв за основу графическое описание реакций на известие о диагнозе, предложенное в 1969 году Э.Кюблер – Росс, автор описала феноменологическую модель переживания диагноза у ВИЧ - инфицированных мужчин и женщин, основанную на изменении их отношения к жизни, смерти и диагнозу, выделив 7 этапов переживания своего диагноза:

1. «Страх»;
2. «Апатия»;
3. «Тупик»;
4. «Отчаяние»;
5. «Удовольствие»;
6. «Борьба»;
7. «Надежда» (Баканова А.А., Васильченко О.Н., 2010).

На первом этапе, ВИЧ – инфицированный человек переживает состояние выраженного одиночества и страха перед лицом болезни, затем появляются апатия и переживание тупика – второй и третий этапы переживания диагноза - связанные с отношением к диагнозу как к надвигающейся смерти, результатом чего становится отчаяние и восприятие диагноза как приговора (Баканова А.А., Васильченко О.Н., 2010).

На этапе «отчаяния» переломным моментом в отношении к своей жизни является возможность преодолеть страх раскрытия диагноза и принять его без стыда и чувства вины, а следовательно и говорить о нем с другими людьми, в

том числе близкими, получая необходимую помощь. Иными словами, этот этап позволяет человеку получить поддержку от близких, не чувствуя себя при этом изгоем. Однако, нужно сказать, что многие ВИЧ-положительные люди так и не преодолевают этот барьер, опасаясь дискриминации и унижений (Баканова А.А., Васильченко О.Н., 2010).

Затем, следует этап отстранения от болезни, когда диагноз воспринимается как «болячка», а в жизни ищутся новые ценности и цели, основанные на получении удовольствия. Однако, по прошествии определенного периода времени, человек переосмысливает свою болезнь, начиная воспринимать её как начало новой жизни, смысл которой заключается в борьбе с недугом (Баканова А.А., Васильченко О.Н., 2010).

Седьмым и заключительным этапом отношения ВИЧ-положительного человека к своему диагнозу (характерный в большей степени для мужчин) является этап «надежды», где просматривается надежда на будущее и вера в лечение. Интересным представляется тот факт, что, на данном этапе, диагноз воспринимается не как препятствие жизни, а как ее составная часть, с которой надо выстроить новые отношения (Баканова А.А., Васильченко О.Н., 2010).

Баканова А.А и Васильченко О.Н. выяснили, что, в зависимости от индивидуально-психологических особенностей личности, проработанности экзистенциальных компонентов кризисной ситуации, принятия или отвержения смысла происходящих событий, а также особенностей отношения личности к жизни, смерти и своему заболеванию у ВИЧ-положительных людей можно выделить 4 типа переживания кризисной ситуации ВИЧ-инфекции:

1. «Убегающие от болезни»
2. «Нуждающиеся в помощи»
3. «Ищущие себя и смысл»
4. «Жизнестойкие»

По данным Бакановой А.А и Васильченко О.Н., «убегающие от болезни» находятся на начальных этапах адаптации к диагнозу, в частности – на стадии отвержения реальности, тогда как «нуждающиеся в помощи» стараются ее принять, «ищущие себя и смысл» - преобразить, а «жизнестойкие» - построить новую реальность. Нужно также отметить, что, по мнению А.А.Бакановой, «жизнестойкие» являются примером удачного переживания диагноза, примером его принятия. Более наглядно это изображено на рисунке ниже (рис.1.) (Баканова А.А., Васильченко О.Н., 2010).

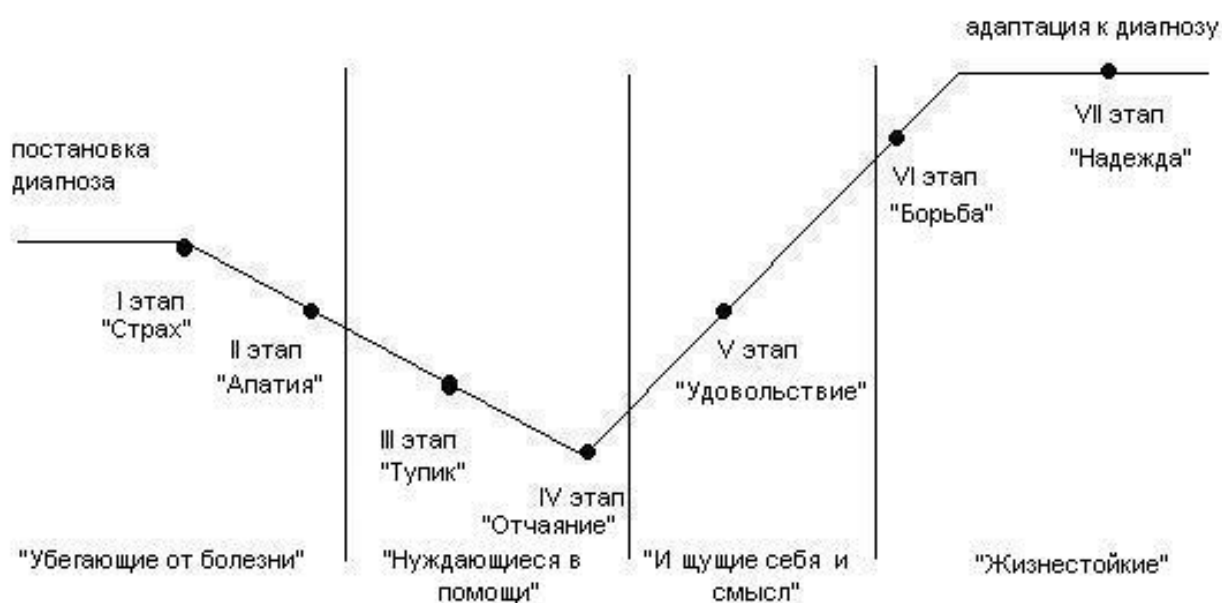


Рис.1. Типы переживания кризисной ситуации ВИЧ-инфекции

Еще одно исследование Бакановой А.А. и Васильченко О.Н., проведенное в 2015 году и охватывающее 65 пациентов в возрасте 20—30 лет, неотягощенных наркозависимостью, находившихся на диспансерном учете в Санкт - Петербургском центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (31 мужчина и 34 женщины на III стадии заболевания) со сроком постановки диагноза два года, показало, что для ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин, в целом, характерно стремление преодолеть заболевание, неприятие «роли» больного, сохранение ценностной структуры и активного социального функционирования без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации, т.е. у них преобладают

адаптивные типы отношения к болезни (эргопатический и анозогнозический), в то время как, для женщин также были более характерны типы с наличием психической дезадаптации — тревожный и сенситивный. Кроме того, исследование продемонстрировало, что типы отношения к заболеванию у ВИЧ-положительных мужчин и женщин имеют разную структуру. В частности, эргопатический тип отношения к своему заболеванию для мужчин является, скорее адаптивным способом компенсации негативных чувств в отношении самого себя, а для женщин — результатом преодоления собственной тревоги, в том числе в отношении смерти, и обретения веры в собственные силы. В свою очередь, тревожный тип отношения к заболеванию у женщин может отражать их внутренний поиск ответов на экзистенциальные вопросы смерти и смысла жизни, а у мужчин, напротив, являться свидетельством своеобразной остановки в понимании происходящих в их жизни изменений. Также, сенсibilизированное отношение к болезни у женщин на экзистенциальном уровне может отражать внутреннее противоречие между стремлением к жизни и страхом перед ней (Баканова А.А., Васильченко О.Н., 2015).

О типах отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных говорит и Ткаченко Т.Н. с соавторами. Её исследование, выполненное в 2010 году и охватившее 110 человек, зарегистрированных на территории Новгородской области в период с 1990 по 2003 год (включительно), показало что среди ВИЧ – положительных людей преобладал смешанный тип реагирования с преобладанием эйфорического, сенситивного и апатического типов, причем, эйфорический тип более выражен среди женщин, а апатический тип у мужчин (Ткаченко Т.Н и др., 2010).

Таким образом, можно заключить, что данные, полученные по результатам научных исследований в отношении типа отношения к болезни, преобладающей в структуре личностного реагирования на заболевание у ВИЧ-положительных людей, неоднозначны. Однако, следует отметить, что исследования, посвященные изучению особенностей принятия диагноза, не ограничиваются

вопросом преобладающего типа отношения к болезни, но также затрагивают и другие области.

Как было отмечено в этой работе ранее, получение ВИЧ-положительного диагноза, как правило, вызывает у человека сильную эмоциональную реакцию. Диапазон переживаний может варьироваться от потрясения, страха, горя, вины, депрессии до полного отрицания случившегося, однако, чаще всего отечественные и зарубежные исследователи сосредотачивают своё внимание на тревожности и депрессии, испытываемыми ВИЧ-положительными людьми (Валеева А.М. и др., 2010).

Ряд зарубежных исследователей приводят данные о том, что распространенность депрессии среди ВИЧ-инфицированного населения находится в диапазоне от 20% до 40%, в противоположность 7% вероятности встречаемости депрессии среди неинфицированного большинства. В исследовании Maia Â. et al., охватившем 371 человека, живущего с ВИЧ (средний возраст выборки составил 46.63 года), проведенном в северной Португалии, тяжелые депрессивные симптомы были выявлены у 18% участников, а исследование, проведенное Jagannath V. с соавторами и охватившее 105 людей с положительным ВИЧ-статусом, показало, что симптомы депрессии присутствовали у 43,8% ВИЧ-позитивных участников исследования (Jagannath V. et al., 2011; Jankowska M. et al., 2015; Maia Â., 2018).

О распространенности депрессивных состояний среди ВИЧ-положительных людей говорится и в исследовании Bhatia R. с соавторами, в котором из 180 участников, депрессивные состояния присутствовали у 67% респондентов (Bhatia R., et al., 2011).

Схожие данные были обнаружены в исследовании Rodkjaer, L. с соавторами, охватившем 205 ВИЧ-позитивных пациентов амбулаторной клиники Дании, и продемонстрировавшем, что симптомы депрессии наблюдались у 77 (38%) пациентов, а симптомы тяжёлой депрессии - у 53 (26%). Восемнадцать пациентов впоследствии начали лечение антидепрессантами.

Исследование также показало, что респонденты, подвергающиеся риску серьезной депрессии, почти в шесть раз чаще пропускали по крайней мере один приём препаратов высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) в период 4 дней до оценки (Rodkjaer, L. et al., 2010).

Нужно также отметить, что ВИЧ – положительные пациенты, страдающие депрессией в связи со своим диагнозом, обнаруживают более низкие показатели начала высокоактивной антиретровирусной терапии и приверженности лечению. Также, наличие депрессии является фактором риска для увеличения вирусной нагрузки, снижения иммунологических показателей и увеличением рискованных поведенческих практик, способствующих передаче ВИЧ, снижения качества жизни и более быстрого перехода ВИЧ-инфекции на стадию СПИДа (Jagannath V. et al., 2011; Bhatia R. et al., 2011., Basavaraj K.H. et al., 2011).

Отечественные исследователи также отмечают распространенность депрессивных состояний и их негативное влияние на приверженность больных ВААРТ (высокоактивной антиретровирусной терапии). По данным, полученным в исследовании Гусовой А.Д. и Цаликовой А.А., охватившем 100 пациентов в возрасте от 25 до 65 лет, было продемонстрировано, что при длительности ВИЧ-инфекции до 1 года депрессивные состояния встречались у 80% респондентов, от 1 до 3 лет – у 100%, от 3 до 5 лет – у 75%, от 5 до 7 лет у 78% и от 7–8 лет - у 70%. При анализе уровня личной и ситуативной тревожности у всех участников исследования был выявлен высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности, при этом, исходя из результатов исследования, можно заключить, что больше всего страдают психологическими расстройствами пациенты со стажем болезни от 1 до 3 лет, и у них же наблюдается самая низкая комплаентность (Гусова А.Д., Цаликова А.А., 2016).

Необходимо отметить, что с темой эмоционального реагирования ВИЧ-инфицированных людей на свой диагноз тесно связан вопрос стигматизации и дискриминации заболевших.

Теоретическая разработка и введение понятия стигмы в социальную психологию принадлежит И.Гофману, указывавшему в своих работах на разрушительное влияние стигмы на процесс нормального социального взаимодействия, отмечая дихотомию в её восприятии – сам человек осознаёт стигму, и она меняет его социальную идентичность до степени, которой И.Гофман дал название «испорченной идентичности» (Goffman I., 1963; Киселёв М.Ю.,1999).

Сегодня, в социальной психологии, стигма определяется как социальный атрибут, который дискредитирует человека или группу людей, считается пороком и вызывает стремление наказать. При этом этот атрибут всегда негативен и может быть, как доступным прямому и непосредственному наблюдению, так и скрытым. Первый случай является более очевидным - причиной стигматизации может стать какой-либо внешний признак или поведение человека, не обязательно представляющий собой опасность для окружающих, но воспринимаемый окружающими людьми как отклонение. Таким образом, понятие стигмы включает в себя как сам признак, так и его восприятие окружающими. Другими словами – стигма конструируется социально, её существование вне определенного контекста социального взаимодействия, который определяет восприятие атрибута как девиации и вызывает отрицательное отношение к носителям признака, невозможно (Киселёв М.Ю.,1999; Шаболтас А.В., 2015).

Высокий уровень стигматизации и дискриминации заболевших отличает ВИЧ-инфекцию от других хронических заболеваний и включает в себя моральные оценки, приписываемые этому заболеванию, мнение общества о способах его передачи и затрагиваемых группах населения и т.д. (Chambers L.A. et al., 2015, Шаболтас А.В., 2015).

S. Rueda с соавторами определяют стигматизацию, связанную с ВИЧ как унижение достоинства, дискриминацию и дискредитацию людей, считающихся носителями вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и, условно, разделяет стигматизацию, испытываемую ВИЧ-позитивными людьми на три вида: принимаемую стигматизацию (дискриминацию, с которой сталкиваются ВИЧ-инфицированные люди, в некоторых случаях включающей в себя акты насилия и маргинализации), ожидаемую стигматизацию (осознание негативных социальных представлений о ВИЧ-инфекции и ожидание того, что человек, живущий с ВИЧ, будет испытывать предрассудки и дискриминацию в будущем) и интернализованную стигматизацию (поддержка негативных убеждений, взглядов и чувств в отношении самого себя по причине ВИЧ-положительного статуса) (Rueda S. et al., 2016).

Отечественные авторы, в свою очередь, говорят о явной и скрытой форме дискриминации ВИЧ-инфицированных людей. Явная выражается в открытом остракизме – резко негативном отношении – общества к ВИЧ-позитивному человеку, когда от больного все отворачиваются, узнав о диагнозе, или, когда официальные правовые нормы используются для увольнения или неприятия ВИЧ-инфицированного человека на определенную работу, для отказа во въезде в страну и т.д. В случае скрытой дискриминации, для социального неприятия и изоляции ВИЧ-положительных людей используются другие формы поведения, открыто не связывающиеся со стигмой как таковой. ВИЧ-инфицированному отказывают в работе под предлогом того, что квалификация недостаточна, отказывают в сдаче квартиры под предлогом внезапно приехавших родственников и т.д. (Киселёв М.Ю., 1999; Шаболтас А.В., 2015).

Сегодня, несмотря на многочисленные достижения в области лечения ВИЧ-инфекции по всему миру, стигматизация ВИЧ-положительных людей по-прежнему широко распространена по всему миру и, по причине сохраняющихся в современном обществе представлений и суждений, в частности – ассоциированию ВИЧ-инфекции с поведением, нарушающим принятые в

обществе социальные нормы, остается одной из самых серьезных проблем в области социального реагирования на ВИЧ/СПИД. По данным Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ/СПИД, стигматизация и дискриминация являются одними из самых крупных проблем, стоящих сегодня перед людьми, живущими с ВИЧ. В России, стигматизация и дискриминация ВИЧ-позитивных людей не исчезла даже после того, как были приняты антидискриминационные меры и на сегодняшний день, люди с положительным ВИЧ-статусом, вне зависимости от социального положения, стараются скрывать его даже от близких людей (Stutterheim S.E. et al., 2014; Шаболтас А.В., 2015; Chambers L.A. et al., 2015; Rueda S. et al., 2016).

Этот тезис находит подтверждение и в исследованиях зарубежных авторов. В частности, исследование Okello E. с соавторами показало, что существующая в обществе стигма ВИЧ-инфекции препятствует раскрытию больным своего диагноза (Okello E.S., et al., 2015).

«Стигматизация в значительной степени препятствует частному и общественному обсуждению проблематики ВИЧ/СПИД, так же, как и связанных с риском заражения ВИЧ латентных форм поведения. Чувствуя страх быть отвергнутыми, а также испытывая трудности в силу разных обстоятельств в получении лечения, люди испытывают страх перед тестированием на ВИЧ и боятся раскрыть факт своего заражения близким и членам семьи, друзьям, сексуальным партнёрам и партнёрам, употребляющим инъекционные наркотики. Подобная самоизоляция лишает ВИЧ-инфицированных возможности получать эмоциональную поддержку и медицинскую помощь. На государственном уровне стигма по отношению к заболеванию ВИЧ и ВИЧ-инфицированным может удерживать правительство от принятия быстрых и эффективных мер по противодействию эпидемии.» (Шаболтас А.В., 2015., с.120-121).

Дискриминация ВИЧ-положительных людей может проявляться и работниками сферы здравоохранения и включает в себя случаи избегания, увеличения дистанции между медицинским работником и пациентом, не являющиеся необходимыми перенаправления в другие учреждения здравоохранения, пренебрежение, тестирования без получения согласия больного, обвинения, принятия чрезмерных защитных мер, маркировки больничных карт, кроватей или палат, нарушения конфиденциальности, отказа от лечения, изоляции в палатах и словесных оскорблений. Подобное обращение к людям, живущим с ВИЧ со стороны работников сферы здравоохранения, учитывая зависимость ВИЧ-положительных людей от медицинских работников в связи с необходимостью надлежащего лечения, может привести к избеганию заболевшим медицинских учреждений и ухудшению качества помощи (Stutterheim S.E. et al., 2014).

Стигматизация, связанная с ВИЧ, признаётся серьёзным стрессором для людей, живущих с ВИЧ, оказывает влияние на качество жизни ВИЧ-положительных людей и, потенциально, может представлять собой барьер, препятствующий эффективному уходу и лечению, а также может являться препятствием для профилактики ВИЧ – инфекции (Lindberg M. H. et al., 2014; Шаболтас А.В., 2015; Zeligman M. et al., 2017).

Этот тезис подтверждает исследование, проведенное V.E.Hutton с соавторами и охватившее 274 взрослых, живущих с диагнозом «ВИЧ – инфекция» в Австралии и США, которое показало, что несмотря на антидискриминационное законодательство, стигма в виде неподдерживаемых социальных взаимодействий продолжает оказывать негативное влияние на субъективное благополучие ВИЧ-положительных людей, что может привести к увеличению риска неблагоприятного для здоровья поведения, в частности – несоблюдение схемы лечения, злоупотребление наркотиками, рискованное сексуальное поведение и неразглашение серостатуса ВИЧ (Hutton, V. E. et al., 2013).

Таким образом, уровень стигматизации ВИЧ-положительных людей, на сегодняшний день, остаётся высоким и представляет собой серьёзное препятствие для успешного принятия диагноза.

Отечественные и зарубежные исследователи также сосредотачивают своё внимание на теме самоуважения. Этот показатель оказывает влияние на мотивацию, поведение, удовлетворенность жизнью и ощущение общего благополучия (Guindon, M. H., 2010).

По словам М.Розенберга, высокие показатели самоуважения выражают присутствие у индивида благоприятного мнения о самом себе, мнение о том, что он – достойный человек. При этом, человек не обязательно считает, что превосходит других в чём-нибудь. Самоуважение относится к общему чувству собственного достоинства, самооценности и представляет собой аффективную оценку самого себя (Rosenberg M., 1989).

Отечественные исследователи, в частности Улюкин И.М. с соавторами, в котором было опрошено 50 ВИЧ-инфицированных женщин (средний возраст составил $31,9 \pm 4,2$ года) на разных стадиях и при разной длительности заболевания, отмечают, что, по мере прогрессирования заболевания, особенно по мере увеличения его длительности, показатели самоуважения ухудшаются. Однако, повышению показателей самоуважения способствовало правильно подобранное лечение (Улюкин И.М. и др., 2014).

Также, нельзя не отметить работу Villarán M. «Living with HIV, from a transcultural perspective. A comparative study between Spanish and Swedish young.», опубликованную в 2017 году. В ходе исследования были проанализированы независимые автобиографические рассказы четырех молодых людей 25-27 лет (Villarán M., 2017).

Автор полагает, что, ВИЧ-инфекция, прогрессируя, уничтожает не только иммунную систему человека, но и его психологическую устойчивость, порождая чувство вины, злость, неуверенность, отчаяние, недоверие, стыд, отвращение. Всё это влияет на то, каким человек себя видит. Например, один из участников

исследования, юноша 26 лет, проживающий в Швеции, говорит следующее: «Я какое-то время чувствовал себя мертвецом, или, точнее говоря, ходячим мертвецом.» (Villarán M., 2017., с.344).

Нужно также сказать, что тема самоуважения у ВИЧ-инфицированных, на данный момент, в зарубежных и отечественных исследованиях изучена недостаточно.

Говоря об особенностях принятия диагноза нельзя не затронуть вопрос копинг – стратегий, традиционно использующийся исследователями для изучения процесса совладания человека со своим ВИЧ-положительным статусом. Однако, следует отметить, что, на сегодняшний день, как в России, так и за рубежом, отсутствует единое понимание этого концепта. Литература, посвященная способам совладания с ВИЧ-инфекцией обширна и неоднородна. В качестве подтверждения этому, можно привести работу Skinner E.A. et al., в которой было идентифицировано около 400 стратегий совладания (Skinner E.A. et al., 2003.; Moskowitz J.T et al., 2009; Махаматова А.Ф.и др., 2013).

Тем не менее, отечественные исследователи обращают существенное внимание на используемые ВИЧ-положительными людьми копинг-стратегиями для совладания со своим заболеванием. В частности, в 2003 году, в рамках диссертации «Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией.», Тухтаровой И.В. было проведено комплексное исследование, охватившее 150 ВИЧ – положительных ПИН (потребителях инъекционных наркотиков) (112 мужчин и 38 женщин) с диагнозом «ВИЧ-инфекция 2Б», находившихся на диспансерном учете в Ульяновском областном центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями в возрасте от 17 до 40 лет, в котором было выявлено, что для ВИЧ-инфицированного человека характерно прибегать к дезадаптивным копинг-стратегиям, в частности: бегство-избегание, дистанцирование и конфронтация (Тухтарова И.В, 2003; Махаматова А.Ф.и др., 2013).

Другое исследование, проведенное в 2008 году, А.И.Зинченко, с участием ВИЧ-инфицированных, заразившихся половым путем, показало, что ВИЧ-инфицированные с низкими иммунологическими показателями демонстрируют состояние общего психического неблагополучия, в частности значительное снижение самооценки, неудовлетворенность собой в целом и своей судьбой. А также в признании себя человеком, неспособным что-либо поменять в своей жизни. В противоположность им, ВИЧ-инфицированные с благополучными показателями иммунитета верят в свои силы и возможности, готовы бороться за жизнь, проявляют более активную позитивную жизненную позицию, которая получает конкретную реализацию в жизни. Другими словами, ВИЧ-положительные люди с высокими иммунологическими показателями в сложных жизненных ситуациях склонны больше ориентироваться на поиск информации, действенной и эмоциональной поддержки. При этом, ВИЧ-позитивные люди с более высокими показателями иммунитета более часто прибегают к использованию таких копинг-стратегий как дистанцирование и поиск социальной поддержки (Зинченко А.И., 2008).

В рамках комплексного исследования 2010 года, проведенного Н.Г.Незнановым и Н.Б.Халезовой с участием 119 пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция в возрасте от 21 до 35 лет и нацеленного на комплексное изучение поведенческих механизмов совладания со стрессом, используемых ВИЧ – инфицированными, с учетом тяжести их психического и соматического состояния, было отмечено, ВИЧ-положительные люди с разной продолжительностью заболевания (от 0 до 10 лет), наиболее часто прибегают к использованию стратегий «принятие ответственности» ($70,7 \pm 2,1$), «дистанцирование» ($59,3 \pm 2,1$) и «бегство-избегание» ($55,2 \pm 2,1$). Кроме того, было обнаружено, что, по мере утяжеления соматического состояния, люди чаще используют стратегию «самоконтроль». Это свидетельствует о нарастании эмоционального напряжения, сдерживании аффекта и увеличения интенсивности переживаний, вызываемых заболеванием. Также, исследование

показало, что обследуемые с синдромами зависимости чаще используют стратегии «конфронтация», «дистанцирование», «бегство – избегание» и стратегию «принятие ответственности», а наиболее редко использующаяся стратегия – стратегия «поиск социальной поддержки» (Незнанов, Н. Г., Халезова, Н. Б., 2010).

Другой отечественный автор, Левина М.Ю., в своём исследовании особенностей копинг-стратегий у больных ВИЧ-инфекцией, охватившее 42 человека в возрастном диапазоне от 22 до 49 лет, находившихся на лечении в стационарном отделении ВИЧ-инфекции для взрослых, на базе Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом, с использованием опросника Э.Хэйма, выявила, что преобладание в репертуаре у ВИЧ-положительных людей неадаптивных копинг-стратегий на эмоциональном и когнитивном уровнях может приводить к накоплению и постепенной хронизации внутреннего напряжения, способствующему общему снижению толерантности ВИЧ-инфицированных людей к стрессу. Кроме того, было обнаружено, что наличие высоких адаптивных показателей на поведенческом, эмоциональном и когнитивном уровнях реагирования, предполагает наличие не только положительных изменений качества жизни ВИЧ-позитивных людей, но и указывает на не критичное отношение к болезни, низкую приверженность к лечению и сдаче анализов. Также, исследование продемонстрировало, что высокие показатели в выборе неадаптивных представлений на эмоциональном и когнитивном уровнях, характеризующихся высокими уровнями тревоги и фрустрационной напряженности, способствует нарушению выстраивания и интеграции адаптивных копинг-стратегий на поведенческом уровне, что может увеличивать степень риска возникновения расстройств адаптации в ситуации болезни, ее принятия, усиливает подверженность влиянию стресса и общей дезадаптации. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии у ВИЧ-инфицированных участников исследования гибкости по выстраиванию стратегий совладания на всех уровнях – эмоциональном, когнитивном и

поведенческом. Подобная фрагментарность спектра выборов стратегий совладания может стать препятствием для формирования благоприятных психологических и социальных факторов в преодолении и принятии болезни (Левина М.Ю., 2014).

В исследовании Шаргородской О.В. с соавторами было показано, что динамике совладания у ВИЧ-положительных людей свойственны колебания либо с более значительным периодом негативной динамики (прием алкоголя, возврат к употреблению наркотиков, разрыв близких отношений и т.д.), либо позитивной динамики (новые отношения или улучшение прежних, ожидание и рождение ребенка, работа и карьера и т.д.). Происходит это в зависимости от этапа переживания стресса болезни, личностных предпосылок (например, склонности к аддиктивному или суицидальному поведению), путей заражения ВИЧ-инфекцией и эффективности терапии. Кроме того, исследование продемонстрировало, что ВИЧ-инфицированным, заразившимся половым путём свойственна непредсказуемая, смена фаз конструктивного и деструктивного совладания, смена активизации проблемно-ориентированных стратегий и периодов ухода/избегания, отрицания и общего угнетения совладающего поведения под влиянием сильного стресса. Интерес также представляет то, что, в качестве позитивной динамики выступает восстановление и обогащение ресурсов, связанное с ресурсом «Поддержка семьи», в то время, как отвержение и отсутствие поддержки семьи и близких неизбежно приводит к дефициту и истощению системы копинг-ресурсов, определяя при этом негативную динамику развития совладания (Шаргородская О.В и др., 2015).

Ещё один подход к вопросу копинг – стратегий, используемых ВИЧ-положительными людьми для совладания со своим диагнозом представлен в исследовании И. Вышемирской, подразделившей, в соответствии с позицией ряда социологов, стратегии совладания на реактивные и проактивные стратегии.

Такая типологизация основана на принятии/непринятии инфицированными людьми стигматизирующих социальных норм.

1. Реактивные стратегии:

- a. Стратегия сохранения анонимности и тайны диагноза. Эта стратегия заключается в том, что предубежденное отношение к людям с ВИЧ в обществе вынуждает ВИЧ-инфицированных скрывать свой ВИЧ-статус. Это- типичная реакция людей, которым есть что терять, так как сохранение диагноза в тайне позволяет полноценно функционировать в обществе без дискриминации со стороны окружающих. ВИЧ-инфицированный может утаивать диагноз на протяжении периода бессимптомной инфекции и это может продолжаться в ряде случаев до 15 лет.
- b. Игнорирование опасности вируса. Эта стратегия наблюдается у тех людей, которые живут с ВИЧ достаточно давно и которые воспринимают болезнь как неопасную с точки зрения изменения самочувствия и социальных последствий. При этом, такие люди хорошо осведомлены о всех аспектах болезни и, как правило, знают, что они могут продолжать «нормальную» жизнь, даже являясь носителями вируса. Нужно отметить, что у этой стратегии существует два варианта протекания. Первый вариант подразумевает, что те ВИЧ-инфицированные, которые или не знают, или игнорируют знания об этой болезни, строят свои теории о том, какова эта болезнь и о способах лечения. Второй включает в себя представления ВИЧ-инфицированных людей о том, что это заболевание ничем не отличается от других и что заболеть этим может каждый.

с. Принятие неминуемости скорой смерти после заражения ВИЧ. Самопоражающие стратегии. Стоит заметить, что это вынуждает людей выбирать образ жизни, способствующий физическому и социальному саморазрушению. ВИЧ-положительные люди, избравшие такую стратегию безразличны, апатичны и у них появляется стремление ускорить смерть. Эта стратегия особенно распространена среди тех ВИЧ-инфицированных, которые до этого принадлежали к социально неодобряемым группам населения, например- наркопотребители.

2. Проактивные стратегии:

а. Социальный активизм (ВИЧ-активизм). Эта жизненная стратегия заключается в том, что сами ВИЧ-инфицированные профессионально участвуют в борьбе со СПИДом. ВИЧ-активные люди не принимают негативные представления о болезни, борются с дискриминацией и сегрегацией ВИЧ-инфицированных, они распространяют альтернативное видение СПИДа в обществе (Вышемирская И., 2001).

Поднимая вопрос о стратегиях совладания со своим заболеванием, используемых людьми с положительным ВИЧ-статусом, нельзя не раскрыть подробнее уже затронутую ранее тему самопоражающих копинг-стратегий. К их числу относится суицидальное поведение. Само по себе, суицидальное поведение - очень сложное явление, включающее в себя множество аспектов: завершённые самоубийства, покушения на свою жизнь или парасуицид, суицидальные мысли и намерения. Несмотря на то, что сегодня существуют те способы лечения, которых раньше не существовало и которые позитивно влияют на прогноз ВИЧ-инфицированного, пока неясно как они влияют на суицидальность. Причиной этому является то, что оценка как идей, так и попыток самоубийства недоступна. Однако в настоящее время ВИЧ-инфекция недооценивается как фактор риска суицида. Именно поэтому ранняя

диагностика суицидального поведения, причиной которого явилась ВИЧ-инфекция, а также выявление имеющейся психопатологии, нейрокогнитивного дефицита, связанных стрессоров, динамики проблем в партнерских отношениях пациента, его осведомленность и способность быстро среагировать выходят на первое место по степени важности для эффективности профилактических программ (Улюкин И.М., 2012).

В целом, проведенные к настоящему моменту исследования, показывают, что пассивные стратегии совладания связаны с прогрессированием ВИЧ-инфекции. С точки зрения психологического и физического благополучия, большую эффективность для ВИЧ-положительных людей представляют такие стратегии, как позитивное переосмысление и активное совладание с проблемной ситуацией (Махаматова А.Ф. и др., 2013).

Ещё одним аспектом принятия диагноза является показатель качества жизни. Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), качество жизни – восприятие человеком своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей среды, в которой они живут, в неразрывной связи с их целями, стандартами, ожиданиями и заботами. ВОЗ также выработала ряд основных критериев качества жизни:

1. Физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
2. Психологические (положительные эмоции, мышление, обучение, концентрация, самооценка, переживания);
3. Уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);
4. Социальная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
5. Окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации);

6. Духовность (религия, личные убеждения). (Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования) (The WHOQOL Group , 1998).

Сегодня, качество жизни признаётся одним из ключевых критериев, отражающих состояние здоровья человека в смысле потенциальных рисков и является важным критерием социальной адаптации. Тем не менее, следует отметить, что при определении качества жизни единых подходов не существует, каждый выбранный инструмент имеет свои критерии и шкалу оценки. Кроме того, полученные таким образом данные не позволяют оценивать клиническую тяжесть заболевания, являясь отражением того, как больной переносит своё заболевание. В частности, при длительно текущей болезни некоторые люди привыкают к своему заболеванию и перестают обращать внимание на его симптомы. В результате, в подобных случаях показатель качества жизни может возрасти без регрессии заболевания (Турсунов Р.А., 2013).

Необходимо также обратить внимание на то, что показатель качества жизни является субъективным критерием, отражающим удовлетворенность человека степенью физического, психологического и социального благополучия, в отношении него не существует единых критериев и норм. Следовательно, оценку качества жизни возможно проводить только в сравнительном аспекте (больной – здоровый, больной одним заболеванием – больной другим заболеванием и т.п.) с максимальным нивелированием всех сторонних факторов (Турсунов Р.А., 2013).

ВИЧ-положительный диагноз оказывает разрушающее действие на различные составляющие качества жизни людей и, несмотря на то, что высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) превратила ВИЧ - инфекцию из терминального заболевания в хроническое, однако, люди, живущие с ВИЧ, по-прежнему имеют значительно более низкое качество жизни, связанное со здоровьем, чем население в целом (Рехтина Н.В., 2012 ; Cooper V. et al., 2017).

Это положение подтверждается результатами исследования, представляющее собой объединение двух кросс-секционных исследований, проведенных в Великобритании. Первое исследование (ASTRA) охватывало 3258 людей, живущих с ВИЧ, второе (HSE) – 8503 человека в возрасте от 18 лет и старше. Исследование продемонстрировало, что люди, живущие с ВИЧ, имеют значительно более низкий уровень качества жизни, связанный с состоянием здоровья, чем общая популяция в целом, несмотря на вирусологическую и иммунологическую стабильность респондентов (Miners A. et al., 2014).

Данные ряда зарубежных исследований показывают, что на качество жизни людей, живущих с ВИЧ, оказывают влияние такие факторы, как пол, возраст, социально - экономический статус, профессиональная занятость, вирусная нагрузка, уровень клеток CD4, уровень гемоглобина, стадия заболевания, наличие социальной поддержки, выбор стратегии совладания с диагнозом и т.д. Однако, в целом, все эти факторы, подпадают под четыре основные области:

1. Физическое здоровье – объединяет влияние заболевания на повседневную жизнь человека, его зависимость от учреждений здравоохранения, ограниченную мобильность, присутствие болевых ощущений, дискомфорт, сон и отдых, недостаток энергии, а также влияние болезни на профессиональный статус человека;
2. Физиологическое здоровье – включает в себя собственные мысли пациента о своём теле, внешнем виде, самоотношение, общие представления человека и его негативные и позитивные чувства, в частности – тревожность и депрессию;
3. Социальные взаимоотношения – сюда относятся личные взаимоотношения человека, его социальные контакты, социальная поддержка и сексуальная активность;

4. Окружающая среда – объединяет в себе ощущение свободы, качество места проживания, досуг пациента, чувство безопасности, финансовый статус, доступность и качество медицинских услуг (Basavaraj K.H. et al., 2010).

Необходимо также обратить внимание на то, что несмотря на то, что ВИЧ-положительные люди, на сегодняшний день, имеют ожидаемую продолжительность жизни, которая почти эквивалентна продолжительности жизни людей без ВИЧ, если они получают соответствующее лечение – высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ), о качестве жизни людей с ВИЧ, связанном со здоровьем, известно гораздо меньше, чем о качестве жизни неинфицированного большинства. Более ясное и чёткое понимание качества жизни имеет важное значение для понимания последствий ВИЧ-инфекции как хронического заболевания (Miners, A. et al., 2014).

1.4. Сахарный диабет как хроническое заболевание

Сахарный диабет (СД) представляет собой серьёзную медико-социальную проблему, обусловленную высокой распространённостью этого заболевания, а также хроническим течением, которое определяет кумулятивный характер заболевания, высокой инвалидизацией больных и необходимостью создания системы специализированной помощи. Сахарный диабет является одним из самых распространённых и опасных заболеваний во всех странах мира. При этом около половины всех заболевших сахарным диабетом приходится на 40-59 лет – наиболее активный трудоспособный возраст. Кроме того, по причине ежегодного увеличения количества больных на 15% и эксперты Всемирной Диабетической Федерации предполагают, что к 2030 году число больных достигнет 552 миллионов человек, а число людей с «метаболическим синдромом» и ожирением достигнет к этому времени 800 миллионов (Дедов И.И., Шестакова М.В., 2013, Аметов А.С., 2013).

Диабет – хроническое заболевание, развивающееся в результате неспособности поджелудочной железы выработать достаточное количество инсулина – гормона, регулирующего содержание глюкозы (сахара) в крови - или, когда организм не способен эффективно использовать выработанный им инсулин. Общим результатом неконтролируемого диабета является гипергликемия (повышенный уровень содержания сахара в крови), что со временем приводит к серьёзному повреждению многих систем организма, особенно нервов и кровеносных сосудов. Надо заметить, что высокое содержание сахара в крови не является клинической или диагностической категорией, это – статистическое понятие, определяемое как распределение глюкозы (сахара) в плазме натощак среди населения, превышающее теоретическое распределение, которое, по данным эпидемиологических исследований, могло бы минимизировать риски для здоровья (WHO, 2016).

По данным ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения) на 2016 год, число людей с диагнозом «сахарный диабет» выросло со 108 миллионов в 1980 году до 422 миллионов, а глобальная распространенность диабета среди людей старше 18 лет возросла с 4,7% до 8,5% (WHO, 2016).

С 2000 г. клинико-эпидемиологический мониторинг сахарного диабета в Российской Федерации осуществляется посредством Государственного регистра больных сахарным диабетом (СД), который в 2014 г был преобразован в электронную базу с авторизованным доступом (Дедов и др., 2015).

Согласно данным Государственного регистра, на начало 2015 года, диагноз «сахарный диабет» поставлен 4,094 миллионам больных, что свидетельствует о существенном росте этого показателя в сравнении с данными на 1 января 2010 года. При этом, преимущественно, увеличение показателей распространенности сахарного диабета происходит за счет сахарного диабета 2 типа (с 2010 года этот показатель вырос на 835 тыс. случаев), что подтверждает мировые тенденции роста распространенности и увеличения доли больных с сахарным диабетом 2 типа среди общего количества пациентов (Дедов и др., 2015).

Первые документально подтвержденные сведения о сахарном диабете содержатся в папирусе Эберса, обнаруженном в 1873 году, который датируется 1500 годом до н.э. В нём сахарный диабет описан, как состояние, сопровождающееся обильным выделением мочи. Нужно заметить, что именно это проявление послужило основой для названия заболевания - «диабет» (лат.diabetes) происходит от греческого слова «diabano» («протекать») – которое было предложено во II веке до н.э. Деметриосом из Аламании – греческим врачом (Фархутдинова Л.М., 2013).

Первое клиническое описание болезни, ставшее классическим, принадлежит древнеримскому медику и философу Аретею Каппадокийскому (I-II в.н.э.): «Диабет – ужасное страдание...Пациенты, не переставая, выделяют воду непрерывным потоком, как сквозь открытые водопроводные трубы. Жизнь

коротка, неприятна и мучительна, жажда неутолима, приём жидкости чрезмерен и не соразмерен огромному количеству мочи из-за ещё большего мочеизнурения. Ничего не может удержать их от приёма жидкости и выделения мочи. Если ненадолго больные отказываются от приёма жидкости, у них пересыхает во рту, кожа и слизистые становятся сухими; у пациентов отмечается тошнота, возбуждение, и в течение короткого промежутка времени они погибают.» (Фархутдинова Л.М., 2013., С.7.).

Нужно отметить, что причина описанного выше обильного выделения мочи при сахарном диабете, носящего сегодня название полиурии, на протяжении столетий вызывала среди учёных древности множество споров: А. Каподакийский, К. Гален и Авиценна полагали, что причиной является заболевание почек, Парацельс – избыточное образование соли в организме, а А.К. Цельс – несварение желудка (Фархутдинова Л.М., 2013).

Гораздо позже, в 1675 году, Т.Уиллис обратил внимание на то, что при полиурии моча больных может иметь сладкий вкус, а может оставаться безвкусной, выделив, таким образом, два типа диабета: первый получил название сахарного диабета (лат. *diabetes mellitus*), а второй – несахарного (лат. *diabetes insipidus*). Оба этих типа характеризовались тяжелым мочеизнурением. В 1776 году М.Добсоном было установлено, что причина сладкого вкуса мочи больных диабетом является повышенное содержание в ней сахара, а в 1835 Ф.Амброзиани было выявлено повышенное содержание сахара также и в крови больных сахарным диабетом (Фархутдинова Л.М., 2013).

В 1848 году К.Бернаром, являющимся основоположником эндокринологии, был открыт гликоген в печени, а в 1855 году он установил, что результатом укола в четвертый желудочек мозга у животных является глюкозурия, предположив, что диабет – нервное заболевание, характеризующееся избыточной функцией нерва, вызывающего повышенную продукцию глюкозы печенью и, таким образом, выдвинув первую теорию сахарного мочеизнурения (Фархутдинова Л.М., 2013).

В 1869 году П.Лангергансом были обнаружены скопления в поджелудочной железе особых клеток, получивших впоследствии название «островки Лангерганса», а в 1875 году А.Бушаром была отмечена роль поджелудочной железы в развитии сахарного диабета и впервые сформулирована панкреатическая теория этого заболевания (Фархутдинова Л.М., 2013).

В 1889 году Й. Мering и О.Минковски выяснили, что результатом удаления поджелудочной железы у лабораторных животных становится развитие типичной клинической картины сахарного диабета, исчезающего в случае имплантации удаленной панкреатической ткани. Этот факт стал доказательством панкреатогенной природы заболевания (Фархутдинова Л.М., 2013).

В 1910 году Э. Шарпей – Шефер высказал предположение, что диабет вызывает недостаточность химического вещества, которое выделяют островки Лангерганса, названное инсулином (Фархутдинова Л.М., 2013).

Инсулин был выделен из ткани поджелудочной железы в 1921 году Ф.Бантингом и Ч.Бестом, повторившими эксперименты Й.Меринга и О.Минковски в лаборатории профессора Торонтского университета Д.Маклеода, а затем, при помощи известного биохимика Д.Коллипа, очищен и введён первому пациенту – Л.Томпсону – в 1922 году (Фархутдинова Л.М., 2013).

Ф.Бантинг отказался запатентовать своё открытие, благодаря чему уже в 1923 году инсулин начали производить в производственных масштабах, а сахарный диабет утратил статус безнадежного заболевания. В том же 1923 году Ф.Бантингу и Д.Маклеоду была присуждена Нобелевская премия по физиологии и медицине, сделавшая Ф.Бантинга самым молодым лауреатом в данной области (Фархутдинова Л.М., 2013).

На сегодняшний день, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, существуют несколько типов диабета:

1. Диабет типа 1 - диабет этого типа был ранее известен как инсулинозависимый, юношеский или детский. Для диабета этого типа характерна недостаточная выработка инсулина, в связи с чем пациенту необходимо ежедневное введение инсулина. Причина этого типа диабета неизвестна, поэтому, на сегодняшний день, его нельзя предотвратить. Симптомами диабета первого типа, которые могут появиться внезапно, являются полиурия (чрезмерное мочеотделение), полидипсия (жажда), постоянное чувство голода, потеря веса, изменение зрения и усталость;
2. Диабет типа 2 - ранее диабет данного типа, развивающийся в результате неэффективного использования инсулина организмом, был также известен как инсулиннезависимый или взрослый. Из всего числа больных диабетом, большая часть страдает именно от диабета типа 2, что в значительной мере является результатом излишнего веса и физической инертности. Симптомы могут быть сходными с симптомами диабета типа 1, но зачастую являются менее выраженными, что может привести к позднему диагностированию этой болезни, в частности - по прошествии нескольких лет после ее начала, уже после возникновения осложнений. Хотя ранее диабет типа 2 наблюдался только среди взрослого населения, на сегодняшний день, по данным ВОЗ, он поражает и детей;
3. Гестационный диабет - данный вид диабета является гипергликемией, которая развивается или впервые выявляется во время беременности. У женщин, страдающих гестационным диабетом, повышается риск осложнений во время беременности и родов, а также риск заболевания диабетом 2-го типа позднее в жизни. Чаще всего гестационный диабет диагностируется во время пренатального скрининга, а не на основе сообщаемых симптомов;

4. Пониженная толерантность к глюкозе (ПТГ) и нарушение гликемии натощак (НГН) – промежуточные состояния между нормой и диабетом. Пациенты с пониженной толерантностью к глюкозе и нарушением гликемии натощак подвергаются высокому риску заболевания диабетом типа 2, но этого может и не произойти (WHO, 2016).

К основным причинам сахарного диабета современные исследователи относят наследственную предрасположенность, ожирение, вирусные инфекции, болезни, поражающие β -клетки и возраст:

1. Наследственная предрасположенность – существует вероятность, что человек заболеет сахарным диабетом в том случае, если им болеют или болели кто-нибудь из его родственников. Однако, данные о процентном соотношении этой вероятности расходятся: одни источники говорят о том, что вероятность унаследовать диабет первого типа по линии матери – 3-7%, по линии отца – 10%, а риск заболеть диабетом второго типа, в данном случае, составляет 80%. В том случае, если сахарным диабетом болеют оба родителя, то риск унаследовать диабет первого типа равен 70%, второго – около 100%. Другие исследователи, напротив, полагают, что, если сахарным диабетом болел один из родителей, то риск передачи заболевания наследственным путём равен примерно 30%, если оба родителя – 60% вне зависимости от типа заболевания (первый или второй);
2. Ожирение – эта причина особенно характерна для диабета второго типа, так как жировые клетки достаточно специфичны и обладают низкой проницаемостью для инсулина;
3. Вирусные инфекции – к их числу относятся краснуха, ветряная оспа, эпидемический гепатит и грипп;
4. Болезни, поражающие β (бета)-клетки – болезни поджелудочной железы, такие как панкреатит и рак поджелудочной железы, и других желез внутренней секреции;

5. Возраст – по мере увеличения возраста на каждые десять лет, риск диабета повышается в два раза. Однако, нужно отметить и то, что с возрастом снижается роль наследственности. Другими словами, если диабетом болел один из родителей, то в возрасте 40-55 лет вероятность возникновения этого заболевания у ребёнка составит 30%, а после 60 лет – 10% (Шляпникова М.С., 2011).

К сожалению, на сегодняшний день не существует эффективного лечения диабета, поэтому оно является симптоматическим и основывается на подходящей диете, так как без неё компенсация углеводного обмена невозможна, на физической активности, на понижении уровня содержания глюкозы в крови и уровней других известных факторов риска, разрушающих кровеносные сосуды (WHO, 2017).

К числу основных задач специалиста, назначающего лечение сахарного диабета относятся: компенсация углеводного обмена, осуществляющейся либо путём обеспечения клеток инсулином, либо с помощью обеспечения равномерного поступления углеводов в организм (диета) (Старкова Н.Т., 2002).

1.5. Принятие диагноза «сахарный диабет»

Сахарный диабет также относится к числу самых эмоционально и поведенчески «требовательных» хронических заболеваний. Однако, большинство пациентов могут успешно адаптироваться к этой болезни, сохраняя удовлетворительное качество жизни. Психосоциальная адаптация больного – важный результат терапии, как с точки зрения качества жизни, так и в отношении эффективности лечения. Кроме того, известно, что тем пациентам, которые не смогли успешно адаптироваться к сахарному диабету, не хватает мотивации и эмоциональной силы самостоятельно управлять своим диабетом в долгосрочной перспективе (Snoek et al.,2006).

По мнению Snoek F.J. с соавторами, адаптация начинается с постановки диагноза, на который разные люди реагируют по-разному. Данный диагноз может стать для человека шоком и, в результате, вызывать сильный эмоциональный дистресс как у самого больного, так и у членов его семьи. По данным Американской диабетической ассоциации (ADA), люди, недавно получившие диагноз «сахарный диабет 2 типа» могут испытывать чувство потери, страх, стресс злость, шок, вину, неверие в правдивость поставленного диагноза. Как правило, эмоциональное равновесие у большинства больных восстанавливается по прошествии определенного количества времени, а именно – от нескольких месяцев до года после диагностики, когда сахарный диабет более или менее интегрирован в повседневную жизнь человека. Некоторые же, напротив, услышав о своем диагнозе, реагируют с равнодушием, или даже облегчением, обнаружив, что причиной их физических жалоб был «только» диабет, а не рак или другое "смертельное" состояние. Скрининговые исследования показали, что пожилые пациенты с сахарным диабетом 2 типа не всегда воспринимают свое состояние как обременительное, особенно когда заболевание диагностируется на ранней стадии, когда лекарства для снижения уровня глюкозы в крови еще не требуются (Snoek et al.,2006; ADA, 2013).

Отечественные авторы связывают принятие заболевания, среди других факторов, с типом отношения человека к своему заболеванию. В этой связи интерес представляет исследование отечественного автора Мотовилина О.Г. с соавторами, в котором было обследовано 140 пациентов с сахарным диабетом 1 типа и 70 пациентов с диагнозом «сахарный диабет 2 типа» на инсулинотерапии. Возраст выборки составил $22,6 \pm 3,2$ и $60,1 \pm 7,8$ лет соответственно. Было выявлено, что, как у пациентов с сахарным диабетом 1 типа, так и у пациентов с сахарным диабетом 2 типа повышены показатели по шкале сенситивного отношения к болезни. При этом, у больных сахарным диабетом 2 типа эти показатели достоверно выше. Кроме того, исследование показало, что вне зависимости от типа сахарного диабета более негативное отношение к болезни ассоциировано со снижением качества жизни и ухудшением эмоционального состояния – в частности, ростом тревоги и депрессии (Мотовилин О.Г и др., 2012).

По данным, полученным в исследовании 2014 года Кравченко А.Я. с соавторами, которое охватило 94 пациента, средний возраст которых составил $52,2 \pm 7,6$ лет, было выявлено, что наиболее часто встречались дезадаптивные варианты отношения к болезни у больных с сахарным диабетом 2 типа, а именно – неврастенический, депрессивный, ипохондрический и апатический. Гармонический (реалистичный, взвешенный) тип не был отмечен ни в одном случае. Кроме того, исследование продемонстрировало, что, в случае присутствия у пациента повышенного уровня депрессии, характерными типами отношения к болезни являлись тревожный, неврастенический и паранойяльный типы, при низком – ипохондрический, апатический, эгоцентрический и эргопатический (Кравченко А.Я и др., 2014).

Необходимо также обратить внимание на исследование Шаповаловой А.Б., опубликованное в 2015 году и включившее 30 больных в возрасте от 21 до 78 лет и выявившее, что у большинства пациентов СПбГУЗ «Городская Мариинская больница» с впервые выявленным сахарным диабетом чаще наблюдалось

сочетание гармонического и эргопатического типов отношения к болезни, которые не характеризуются психической и социальной дезадаптацией, тогда как у больных с многолетним течением диабета (средний стаж сахарного диабета составил $14.4 \pm 2,03$ лет) достоверно чаще диагностировалось сочетание тревожного, ипохондрического и апатического типов, что свидетельствует об угнетенном состоянии пациентов, «уходе в болезнь» (Шаповалова А. Б., 2015).

Нужно заметить, что в проведенных исследованиях, касающихся типа отношения пациентов к диагнозу «сахарный диабет», были получены разные результаты, что свидетельствует об отсутствии единого мнения в этой исследовательской области.

Как уже было отмечено ранее, сахарный диабет относится к числу заболеваний, требующих от человека высокой степени самоконтроля и ежедневного исполнения ряда поведенческих задач. Как следствие, люди, живущие с сахарным диабетом, испытывают более сильный психологический дискомфорт, чем здоровые. В частности – тревогу и депрессию (Ducat L. et al., 2014).

Депрессивные состояния обладают большой распространенностью при сахарном диабете. Согласно данным, представленным в статье Ducat L. с соавторами депрессией страдают 6,7% взрослого населения США (от 18 лет и старше), больных сахарным диабетом. Отечественные исследователи также приводят данные о широкой распространенности депрессии среди больных сахарным диабетом. В частности, Кравченко А.Я. с соавторами сообщает о том, что частота встречаемости депрессий при сахарном диабете 2 типа, в среднем, составляет 14,4 – 32,5%, что значительно превышает общепопуляционные показатели (5 – 10%), а в исследовании Сапожниковой И.Е. с соавторами депрессия была выявлена у 43,5% всех участвовавших в исследовании пациентов с сахарным диабетом 2 типа (Сапожникова И.Е. и др., 2009; Шишкова Ю.А. и др., 2011; Кравченко А.Я и др., 2014; Ducat L. et al., 2014; Nobis S. et al., 2015).

Нужно также отметить, что вероятность возникновения депрессии, по данным, представленным в исследовании Mezuk В. с соавторами, проведенном на пациентах с диагнозом «сахарный диабет 2 типа» в 2013 году, напрямую зависит от того, был ли диабет подтвержден клинически. Если это условие выполняется, то вероятность возникновения депрессии у пациента с сахарным диабетом 2 типа выше (Mezuk В. et al., 2013).

Кроме того, в зарубежной литературе отмечается связь депрессии со снижением приверженности к лечению, более низким гликемическим контролем, неблагоприятным прогнозом в отношении заболеваемости и смертности, увеличением расходов на здравоохранение, снижению качества жизни пациентов (Baumeister H., et al., 2014; Ducat L. et al., 2014; Gonzalez, J. S. et al., 2015; Whitworth, S.R. et al., 2016).

Среди пациентов с сахарным диабетом также может наблюдаться повышенный уровень тревожности, возникающий, как правило после сообщения человеку диагноза и в случае появления осложнений. В случае возникновения тревожных расстройств, таких как генерализованное тревожное расстройство, панические атаки или ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство), жизнь пациента, а также лечение заболевания осложняются по нескольким причинам:

1. Серьёзные тревожные расстройства, как правило, перекрываются симптомами гипогликемии, затрудняя различение человеком чувство тревоги и симптомы низкого уровня глюкозы в крови, требующие немедленного лечения, между собой.
2. Существовавшая ранее тревога в отношении инъекций и забора крови
3. Тревога в отношении вероятности возникновения гипогликемии может стать причиной повышенного уровня глюкозы в крови (Ducat L. et al., 2014, S.R. et al., 2016).

Обобщая имеющиеся данные, нужно отметить, что как зарубежные, так и отечественные авторы научных исследований сходятся на том, что сахарный диабет сопровождается сильным эмоциональным дистрессом, негативно влияющего на качество жизни пациента, на течение его заболевания и, следовательно, на процесс интеграции заболевания в повседневную жизнь пациента.

На процесс принятия диагноза также оказывает влияние то, как к заболеванию относятся в обществе. На протяжении долгого времени, сахарный диабет причислялся к заболеваниям, не вызывающим стигматизации. Это положение за последние годы было пересмотрено. На сегодняшний день, возрастает число научных доказательств того, что стигма представляет собой реальность для многих людей, живущих с диабетом. В ряде исследований было показано, что людей, заболевших сахарным диабетом, не принимают на работу, увольняют, им отказывают в повышении по службе или увеличении заработной платы и т.д. по причине их диагноза. Кроме того, проведенные качественные исследования выявили, что люди с диагнозом «сахарный диабет» сталкиваются с неоправданным неравным обращением, включающим в себя избегание, исключение из общества, ограничения в отношении поездок, разрыв дружеских отношений и ограничения в отношении того, чтобы стать приемным родителем (Schabert J. et al., 2013; Gredig D. et al. 2017).

По данным Peyrot et al., опирающегося в своём исследовании 2013 года «Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2(DAWN2): a multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care» на данные 8596 заболевших, полученные из 17 стран (выборка из каждой страны составила 420 пациентов с сахарным диабетом 2 типа и 80 – с сахарным диабетом 1 типа), 19,2% участников исследования испытывали стигматизацию в связи со своим диагнозом. Кроме того, данные, полученные от респондентов, демонстрируют, что стигматизация оказывает негативное влияние на их эмоциональное благополучие и разнообразные аспекты повседневной жизни, включая

отношения с семьей, близкими, досуг, работу или учёбу) (Peyrot et al., 2013; Wens et al., 2013).

В этой связи также представляет интерес исследование Liu N. F. et al, проведенное с использованием онлайн-опросника и охватившее 12 000 людей, в котором стигматизация заболевших сахарным диабетом и её психосоциальное воздействие, была измерена количественными методами. Из всех участников, 76% респондентов с диабетом 1 типа и 52% заболевших сахарным диабетом 2 типа сообщили об испытываемой ими стигматизации в связи с своим диагнозом. Результаты продемонстрировали, что больше всего страдают от стигматизации те заболевшие, которые больше всего нуждаются в помощи. В отношении пациентов 2 типа было выявлено, что стигматизация, воспринимаемая заболевшими данным типом диабета, связана с неконтролируемым диабетом и более высокой видимостью заболевания (Liu N. F. et al., 2017).

Кроме того, согласно результатам этого исследования, наиболее распространенной формой стигматизации, связанной с обоими типами диабета, является представление о том, что сахарный диабет представляет собой результат недостаточной ответственности самого заболевшего или является недостатком характера. В частности, пациенты сообщали об осуждении и обвинениях со стороны окружающих в отношении того, что вину за возникновение болезни несут они сами (переедание, неправильное питание, недостаточная физическая активность и т.д.) Люди, живущие с сахарным диабетом 2 типа, по данным, собранным Browne с соавторами, сообщали о восприятии их членами общества как слабых, ленивых, переедающих, не очень умных или недостойных. Более того, инъекции инсулина могут восприниматься окружающими людьми как инъекции наркотических веществ (Browne J.L. et al., 2013; Liu N. F. et al., 2017).

Второй наиболее распространенной формой стигмы диабета, которую ощущали респонденты в обеих группах, было убеждение о том, что люди с диабетом являются бременем для системы здравоохранения. Это может быть результатом большего внимания общественности к контролю над расходами на здравоохранение, громких отчетов о росте показателей диабета типа 2 и общего представления о том, что диабет-это отказ от личной ответственности, а не сочетание генетических, экологических и жизненных факторов (Liu N. F. et al., 2017).

В последнее время, в связи с увеличением числа пациентов с диагнозом «сахарный диабет 2 типа», который требует от пациента высокого уровня самоконтроля в повседневной жизни, стало появляться всё больше исследований, изучающих общественную стигматизацию в отношении больных данным типом диабета. По данным этих исследований, существующие в обществе предвзятые представления об конкретных характеристиках заболевших сахарным диабетом 2 типа приводят к возложению на заболевших людей чувства вины, поскольку это хроническое заболевание связывается в представлениях членов общества с образом жизни, и, как следствие, оказывает негативное влияние на совладание человека со своим диагнозом. Однако, вместе с тем, было также выявлено, что стигматизация заболевшего со стороны общества не всегда приводит к интернализации негативных представлений общества о болезни кем-то, у кого есть это конкретное заболевание. Интернализированная стигматизация представляет собой проблему, вызывающую снижение самооценки, самоэффективности и психологического благополучия больных, оказывая, тем самым, влияние на поведенческие цели пациентов, что, в результате, может повлечь за собой снижение приверженности к лечению. Для того, чтобы произошла интернализация негативных стереотипов, связанных с его заболеванием, человеку необходимо, в первую очередь, осознать их, принять, а затем развить негативное отношение к болезни и тем самым к себе (IDF, 2013; Kato A. et al., 2014; Kato A. et al., 2017).

Самостигматизация оказывает негативное влияние на людей, приводя к снижению уровня самооценки, самоэффективности, удовлетворенности жизнью, социальной дезадаптации и ухудшению общего благосостояния (Kato A. et al., 2014).

В исследовании Kato A. с соавторами, охватившее 209 пациентов в возрасте от 20 до 74 лет с диагнозом «сахарный диабет 2 типа», было выявлено, что самый высокий уровень самостигматизации наблюдался у людей, демонстрировавших низкую самооценку и низкий уровень социальной активности. С одной стороны, эти результаты укладываются в существующие теоретические взгляды на интернализованную стигматизацию. С другой – полученные результаты могут представлять собой особенность, присущую только пациентам с диагнозом «сахарный диабет 2 типа». Это исследование также показало, что в понятие самостигматизации включаются как психологические состояния (самооценка), так и поведенческие проявления (социальное участие) (Kato A. et al., 2017).

В исследовании Gredig D. с соавторами, проведенное в 2017 году и охватившее 3347 пациентов с диабетом 1 и 2 типов в возрасте от 16 до 96 лет, продемонстрировало, что респонденты, у которых наблюдался более высокий уровень воспринимаемой стигмы, обладали также более высокими уровнями психологического стресса сообщили о более высоких уровнях психологического дистресса ($\beta = 0,37$), более выраженных депрессивных симптомах ($\beta = 0,33$) и меньшей социальной поддержке ($\beta = -0,22$). Более высокий психологический дистресс ($\beta = -0,29$) и более выраженные депрессивные симптомы ($\beta = -0,28$), в свою очередь, предсказывали более низкое качество жизни. Полученные данные свидетельствуют о том, что стигма должна рассматриваться в качестве дополнительного предиктора качества жизни у людей с диагнозом «сахарный диабет» (Gredig D. et al. 2017).

Необходимо отметить, что, несмотря на то, что люди, живущие с сахарным диабетом испытывают на себе явления стигматизации и дискриминации, этот опыт изучен недостаточно, как в Российской Федерации, так и за рубежом.

Тесно связанным с принятием диагноза является и показатель самоуважения, являющееся одним из наиболее широко изучаемых конструктов в социальных науках, так как он объединяет фундаментальные и прикладные исследования, проводимые в рамках психологии, сферы образования и социологии (Donnellan B. M. et al., 2015).

По данным зарубежных исследователей, низкий уровень самоуважения оказывает негативное влияние на больных сахарным диабетом 2 типа. Kato A с соавторами, в своём исследовании представили данные, свидетельствующие о том, что сниженный уровень самоуважения (наряду с низким уровнем социальной активности) связан с наличием у пациентов с диагнозом “сахарный диабет 2 типа” интернализированной стигмы, а также более низкого уровня мотивации сохранять приверженность лечению, следовать рекомендациям специалистов (Kato A., et al., 2017).

Похожие данные приводит в своём исследовании Rivera-Hernandez M., отмечающая, что низкий уровень самоуважения может являться ключевым фактором, оказывающим влияние на совладание человека с диагнозом «сахарный диабет» (Rivera - Hernandez M., 2014).

В зарубежных исследованиях молодых людей и людей более старшего возраста также отмечается, что высокий уровень самоуважения способствует регулировать дозировку инсулина и соблюдать гигиену полости рта. Возможным объяснением этого факта может являться то, что пациенты, демонстрирующие высокий уровень самоуважения, обладают большими ресурсами для совладания с болезнью. Кроме того, влияние уровня самоуважения может быть объяснено связью понятий самоуважения и самооэффективности. В то время как первое понятие скрывает за собой личную оценку субъекта собственной самооценности,

а другое связано с восприятием индивидом собственной способности выполнять определенные поведенческие задачи, обе эти конструкции могут оказывать влияние на мотивацию индивидов и способность приспосабливаться к новым ситуациям. В свою очередь, люди, которые имеют высокое самоуважение и считают, что они могут достичь желаемого результата, могут быть лучше мотивированы придерживаться рекомендаций врачей в отношении своего диагноза, а также обладать склонностью брать на себя ответственность за своё здоровье. (Rivera - Hernandez M., 2014; Helgeson V.S., Zajdel M., 2017).

Тем не менее, необходимо отметить, что в современной зарубежной и отечественной литературе тема самоуважения у людей с сахарным диабетом 2 типа, на данный момент изучена недостаточно.

Также, важным аспектом хронических заболеваний в целом и сахарного диабета в частности является изменчивость симптомов и динамика, включающая не только возможное улучшение состояния здоровья пациента, но и ухудшение, которое может потребовать модификации лечения. Такие изменения сопровождаются изменением уровня стресса, испытываемого пациентами и, следовательно, поднимают вопрос о копинг-стратегиях, используемых больными (Heszen I., 2012).

Сахарный диабет требует длительного лечения и ежедневного контроля со стороны больного, поэтому привычные для человека способы совладания с трудными ситуациями - копинг стратегии - могут быть связаны с гликемическим контролем. В этой связи интерес представляет исследование Мотовилина О.Г. с соавторами, охватившее 84 пациента сахарным диабетом 1 типа и 56 пациентов с сахарным диабетом 2 типа на инсулинотерапии. Средняя длительность заболевания составила $11,9 \pm 5,36$ и $11,6 \pm 6,2$ лет соответственно. Было выявлено, что, хотя больные с сахарным диабетом, как 1, так и 2 типа наиболее часто используют просоциальные стратегии, такие как поиск социальной поддержки и вступление в социальный контакт, а наиболее редко – избегание и асоциальные действия, существуют различия в частоте их использования. Так, более молодые

и рано заболевшие сахарным диабетом 1 типа люди отличаются большей выраженностью эгоцентрических стратегий (манипуляции, агрессивных и асоциальных действий). Больные же сахарным диабетом 2 типа, получившие этот диагноз в зрелом возрасте, напротив, имеют меньшие возможности развития поведенческого самоконтроля и поэтому отличаются большей импульсивностью в своих действиях. Кроме того, исследование показало, что у больных обеих групп ассертивное (настойчивое, целенаправленное) поведение позитивно отражается на эмоциональном благополучии, тогда как агрессивное поведение связано с повышением уровня тревожности и депрессии. Наконец, у пациентов с сахарным диабетом 1 типа обнаруживается связь эмоционального неблагополучия (тревожности и депрессии) со стратегией избегания, в то время, как у пациентов с сахарным диабетом 2 типа эмоциональное неблагополучие ассоциировано с импульсивными действиями, а благополучие – с осторожными действиями и вступлением в социальный контакт (Мотовилин О.Г и др., 2015).

В исследовании Ионовой Т.И и Комлёнок Н.М., было показано, что в структуре копинг-поведения больных с сахарным диабетом 1 типа преобладают адаптивные проблемно – ориентированные стратегии и неадаптивные стратегии совладания в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа наблюдалось преобладание конструктивных копинг-механизмов в когнитивной и эмоциональной сферах и неадаптивных или относительно адаптивных стратегий в поведенческой сфере (Ионова Т.И., Комлёнок Н.М., 2014).

Интерес также представляет исследование Орловой М.М., продемонстрировавшее, что в выборке сахарным диабетом без инвалидизации отмечается преобладание большей склонности пациентов опираться на самоконтроль, уверенность в себе и свои силы при принятии решений, в то время, как для пациентов с сахарным диабетом и инвалидизацией характерно использование таких стратегий, как поиск социальной поддержки и положительной переоценки. При этом, для больных без инвалидизации также

характерно преобладание психологических защит, в частности – дистанцирования (Орлова М.М., 2011).

В исследованиях зарубежных авторов отмечается, что в том случае, если пациенты используют для совладания со стрессом более эффективные копинг – стратегии, существует более высокая вероятность того, что они будут поддерживать назначенную специалистом диету и что стрессовые факторы не окажут вредного влияния на их здоровье (Shayeghian Z. et al., 2016).

Необходимо заметить, что большинство исследований, направленных на изучение копинг-стратегий, к использованию которых прибегают люди с диагнозом «сахарный диабет», в большей степени ориентированы на людей с сахарным диабетом 1 типа. Учитывая различие в этиологии 1 и 2 типов сахарного диабета, в периоде развития, имеющиеся в литературе результаты относительно стратегий совладания с трудной жизненной ситуацией, используемых пациентами с сахарным диабетом первого типа, не во всех случаях могут распространяться на лиц с сахарным диабетом 2 типа (Burns, R. J. et al., 2016).

В исследованиях, посвященным принятию диагноза «сахарный диабет» также уделяется пристальное внимание качеству жизни заболевших. На этот показатель оказывают влияние множество факторов, связанных, как со спецификой самого заболевания, так и с широким спектром других переменных и условий, определяющих полноценную жизнь личности (Шишкова Ю. А. и др., 2011).

Данные, полученные в ряде исследований, демонстрируют, что, в отличие от общей популяции, уровень качества жизни у больных сахарным диабетом значительно ниже. Однако, нужно отметить, что это является верным только в отношении физического и психического здоровья, но не социального функционирования (Шишкова Ю. А. и др., 2011).

К числу факторов, влияющих на качество жизни, относят и ряд социально-демографических характеристик, таких как возраст, пол, семейное положение, уровень образования и дохода. В частности, у пациентов с более высоким уровнем образования значительно реже встречаются симптомы депрессии и тревоги, а также наблюдается более высокий уровень мотивации к сохранению здоровья. В результате, это приводит к лучшей компенсации углеводного обмена, меньшей вероятности возникновения сосудистых осложнений и приёму меньшего количества медикаментов. Как следствие, у таких больных показатель качества жизни, связанный со здоровьем, является более высоким. При этом, влияние на качество жизни возраста признаётся рядом исследователей как неоднозначное. У пожилых больных, при снижении способности выполнять привычные функции, в качестве буфера могут выступать социальные отношения и другие факторы, препятствуя, таким образом, повышению уровня дистресса (Шишкова Ю. А. и др., 2011).

Согласно данным, собранным отечественными исследователями, при сахарном диабете, в первую очередь, страдают психологический, профессиональный, семейный, социальный и финансовый аспекты качества жизни. Кроме того, данный диагноз также оказывает негативное влияние на физический и сексуальный компоненты. Также, отмечается, что худшие показатели качества жизни имеют больные с наличием осложнений (Кравченко А.Я. и др., 2014).

На качество жизни заболевших сахарным диабетом оказывают влияние и личностные реакции пациентов на болезнь. Так, негативная эмоциональная реакция, как правило, приводит к отказу человека следовать необходимым ограничениям питания и усугублению вредных привычек, вследствие чего показатель качества жизни у пациента с сахарным диабетом ухудшается. В противовес этому, позитивная эмоциональная реакция характеризуется высоким уровнем приверженности больного к лечению, следованию медицинским

рекомендациям, в результате чего показатель качества жизни возрастает (Кравченко А.Я. и др., 2014).

Выводы

ВИЧ-инфекция - социально значимое заболевание, являющееся следствием заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), поражающего иммунную систему и делающего организм восприимчивым к оппортунистическим инфекциям. Сегодня, ВИЧ-инфекция причисляется к хроническим заболеваниям (Шаболтас А. В. и др, 2012).

Сахарный диабет – хроническое заболевание, являющееся следствием неспособности поджелудочной железы вырабатывать достаточное количество инсулина или, неспособности организма эффективно использовать выработанный им инсулин (WHO, 2016).

Эти два заболевания оба относятся к группе хронических заболеваний, т.е. заболеваний, обладающих способностью прогрессировать, изменяться или переходить в состояние ремиссии и обладающих затяжным характером (Helgeson V.S., Zajdel M., 2017).

Существующие на сегодняшний день методы лечения позволяют контролировать эти заболевания, но не излечивать их полностью. В отношении ВИЧ-инфекции таким методом лечения является ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия), а контроль сахарного диабета происходит с помощью компенсации углеводного обмена и на понижении уровней известных факторов риска, разрушающих кровеносные сосуды.

Нужно также отметить, что, и ВИЧ-инфекция и сахарный диабет 2 типа относятся к числу самых “требуемых” заболеваний не только с поведенческой, но и с эмоциональной точки зрения. Необходимость ежедневного контроля пациентом собственного поведения приводит к появлению сильного чувства дискомфорта. Поэтому, ещё одним сходством между этими хроническими заболеваниями, на которое стоит обратить внимание является широкая распространенность депрессивных состояний, а также тревожности, оказывающие негативное влияние на качество жизни пациента, на

течение его заболевания и, следовательно, на процесс интеграции заболевания в повседневную жизнь пациента (Snoek et al., 2006).

Ещё одним важным аспектом, по которому возможно сравнить эти заболевания является понятие стигматизации, оказывающей негативное влияние на процесс совладания человека со своим диагнозом. Отечественными и зарубежными исследователями уже достаточно долгое время отмечается высокий уровень стигматизации и дискриминации, характерные для ВИЧ-инфекции и отличающие её от других хронических заболеваний, в том числе и сахарного диабета. Однако, исследования, проведенные в последнее время и представленные ранее в этой работе показывают, что стигматизация является реальностью и для людей с диагнозом “сахарный диабет”, так же, как и ВИЧ-инфицированные сталкиваются с неоправданным неравным обращением, включающим в себя избегание, исключение из общества, ограничения в отношении поездок, разрыв дружеских отношений и так далее. Кроме того, оба этих заболевания связываются в представлениях здоровых членов общества с образом жизни (Schabert J., et al., 2013; Gredig D. et al., 2017).

В том случае, если существующие негативные стереотипы интернализируются человеком, то это влечёт за собой снижение самооценки, самоэффективности, психологического благополучия заболевших людей вне зависимости от типа хронического заболевания.

Тесно связанным с темой стигматизации заболевших является аспект самоуважения, который выражает присутствие у индивида благоприятного мнения о самом себе и который, на сегодняшний день, мало изучен в отечественной и зарубежной литературе, посвященной ВИЧ-инфекции и сахарному диабету 2 типа, несмотря на то, что этот показатель оказывает влияние на мотивацию пациента, его поведение, удовлетворенность жизнью и ощущение общего благополучия (Guindon, M. H., 2010).

Отечественные и зарубежные исследования также отмечают влияние этих хронических заболеваний на качество жизни пациента, являющегося, как уже указывалось ранее в этой работе, на сегодняшний день, одним из ключевых критериев, отражающих состояние здоровья человека в смысле потенциальных рисков и удовлетворенность человека степенью физического, психологического и социального благополучия (Турсунов Р.А., 2013).

Диагноз “ВИЧ-инфекция”, как и диагноз “сахарный диабет 2 типа”, оказывает негативное влияние на различные составляющие качества жизни людей, несмотря на то, что, сегодня существуют методы лечения, позволяющие контролировать эти заболевания. В этом заключается ещё одно сходство между этими заболеваниями.

В отношении принятия диагноза ВИЧ-инфекции и диагноза “сахарный диабет 2 типа” отечественными исследователями также рассматриваются такие аспекты, как отношение человека к своему заболеванию и используемые ими стратегии совладания с ним. Однако, следует отметить, что данные исследований по этому вопросу неоднородны и зависят от возраста заболевших, их личностных особенностей, страны и города, в которых они проживают, от качества предоставляемых им медицинских услуг, наличия социальной поддержки, осведомлённости о своём заболевании и многих других показателей.

Глава 2. Методы и организация исследования особенностей принятия ВИЧ-положительного статуса.

Основной целью данного исследования являлось выявление особенностей принятия ВИЧ – положительного статуса.

Основными задачами выполненного исследования были следующие:

1. Изучить клинические, психологические и социально-демографические характеристики людей, живущих с ВИЧ.
2. Провести сравнительный анализ типов отношения к болезни у людей, живущих с ВИЧ, и людей, живущих с сахарным диабетом 2 типа.
3. Выявить особенности отношения к болезни у людей, живущих с ВИЧ.
4. Выявить социально-психологические факторы, связанные с отношением к болезни у людей, живущих с ВИЧ.

В качестве объекта данного исследования выступило отношение к болезни при хроническом заболевании, а предметом исследования являются особенности принятия ВИЧ-положительного статуса.

Основная гипотеза исследования заключалась в предположении о том, что в структуре личностного реагирования на болезнь у людей, живущих с ВИЧ будет наблюдаться смешанный тип реагирования с доминированием эргопатического (стенического), анозогнозического (эйфорического) и сенситивного типов, а у людей с диагнозом "сахарный диабет 2 типа" будет наблюдаться смешанный тип реагирования с доминированием эргопатического (стенического) и сенситивного типов.

Дополнительные гипотезы исследования заключались в следующих предположениях:

1. В структуре личностного реагирования на болезнь высокие показатели по сенситивному типу отношения к болезни будут демонстрировать люди с высокими показателями осознанности стигмы, а также низкими показателями по самоуважению и уровню информированности независимо от типа хронического заболевания.
2. В структуре личностного реагирования на болезнь, высокие показатели по эргопатическому типу отношения к болезни будут демонстрировать люди с низкими показателями осознанности стигмы, а также высокими показателями по самоуважению и уровню информированности независимо от типа хронического заболевания.
3. В структуре личностного реагирования на болезнь высокие показатели по эргопатическому типу отношения к болезни будут демонстрировать люди с низкими показателями тревожности и депрессии, а также высокими показателями по самоуважению независимо от типа хронического заболевания.
4. Вне зависимости от типа хронического заболевания (ВИЧ – инфекция, сахарный диабет 2 типа), низкие показатели тревожности и депрессии будут демонстрировать люди с высоким уровнем качества жизни.
5. Вне зависимости от типа хронического заболевания (ВИЧ – инфекция или сахарный диабет 2 типа), высокие показатели тревожности и депрессии будут демонстрировать люди, прибегающие для совладания с ситуацией болезни к эмоционально-ориентированным копинг – стратегиям;
6. У пациентов с ВИЧ-инфекцией будет наблюдаться гораздо более высокий показатель осознанности стигмы, чем у людей с сахарным диабетом 2 типа.

2.1. Описание выборки исследования

Набор участников исследования проводился на базе Санкт – Петербургского Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» в отделе медицинской и социальной психологии и инфекционными заболеваниями» и в ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России на эндокринологических отделениях №1 и № 2.

Критерии включения в исследование были следующими: наличие ВИЧ – инфекции/сахарного диабета 2 типа; факт постановки диагноза не менее 2 месяцев и не более 6 месяцев назад и отсутствие других серьёзных заболеваний помимо основного.

Из 60 отобранных для участия в исследовании участников, 36 человек составляли мужчины и 24 – женщины (60% и 40% соответственно), их средний возраст составил 33,8 года (от 19 до 47 лет), а образование не ниже средне-профессионального имели 55 человек (91.7%), при этом полную профессиональную занятость имели 53,3%.

Всем 60 участникам диагноз был поставлен в период от 2 до 6 месяцев до начала исследования.

2.2. Методы исследования

Для оценки социально – демографических и психологических особенностей, а также специфики отношения участников к своему заболеванию использовалась анкета, включающая в себя следующие инструменты:

Социально – демографический опросник:

Авторская анкета, содержащая в себе вопросы, касающиеся социально - демографических особенностей участников (возраст, пол, семейный статус, наличие детей, уровень образования, профессиональная занятость, уровень дохода, время узнавания о своем заболевании, наличие социальной поддержки), факта проведения процесса консультирования, уровня осведомленности респондентов об особенностях заболевания, факта начала медикаментозного лечения. Анкета представлена в приложении А.

Опросник «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ/ЛОБИ):

Применяемые в соматической клинике экспериментально-психологические методы, несмотря на то, что они предоставляют исследователю информацию о психологических механизмах формирования, поведенческих проявлениях и эмоциональных аспектах личностных реакций больных, не направлены на изучение отношения к болезни и выявление особенностей дезадаптации в связи с заболеванием. Это явилось основанием для разработки новой экспериментально-психологической методики, ориентированной на изучение вариантов личностного реагирования на болезнь у больных преимущественно хроническими заболеваниями, которая была сконструирована в лаборатории клинической психологии института им. В.М.Бехтерева и получила название «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). Технология разработки опросника и его практического использования были опубликованы в 1987 году (Вассерман Л.И. и др., 2005).

Методика ТОБОЛ диагностирует тип отношения к болезни, основываясь на информации об отношениях больного к ряду наиболее значимых для него жизненных проблем и обладающих непосредственной или опосредованной связью с его заболеванием: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита. Соответственно этим видам отношений, в опроснике присутствует 12 блоков – наборов утверждений, содержащих от 10 до 16 предлагаемых испытуемому утверждений в каждом из них. Также, каждый блок содержит ещё одно дополнительное утверждение: «ни одно из утверждений мне не подходит» (Вассерман Л.И. и др., 2005).

Участнику необходимо выбрать два наиболее соответствующих ему утверждения в каждом блоке и обвести кружком номера утверждений в регистрационном листе. В том случае, если человек затрудняется сделать выбор по какой-либо теме, он должен отметить последнее утверждение в соответствующей таблице-наборе. Время заполнения регистрационного листа не ограничивается (Вассерман Л.И. и др., 2005).

Валидность данной методики обеспечивается тем, что она построена в качестве модели диагностической деятельности психологов и врачей и, следовательно, определяется высоким уровнем валидности клинико-психологической диагностики экспертов, имеющих высокий уровень квалификации (Вассерман Л.И. и др., 2005). Бланк методики представлен в приложении А.

Русскоязычная версия опросника GAD – 7:

Опросник GAD-7 был разработан Spitzer et al. и опубликован в 2006 году. По причине компактности методики, на сегодняшний день, она широко используется в исследованиях (Williams N., 2014).

Опросник GAD-7 включает в себя 7 утверждений и предназначен для оценки состояния здоровья пациента в течение предыдущих двух недель. Каждое из 7 утверждений оценивается респондентом по 4-балльной шкале в зависимости от частоты появлений беспокоящих пациента симптомов (тревожность, беспокойство, волнение, раздражительность, невозможность расслабиться и т.д.): никогда, несколько дней, более половины этого периода, почти каждый день (Williams N., 2014).

Сумма баллов, полученная по результатам прохождения опросника респондентом может составлять от 0 до 21 балла. При этом, 5, 10 и 15 баллов представляют собой точки отсечения для легкой, средней и тяжелой степени тревоги, соответственно (Williams N., 2014).

Поскольку для GAD-7 пороговым баллом является 10, он обладает чувствительностью в 89% и специфичностью в 82% для генерализованного тревожного расстройства. Он также умеренно хорош при скрининге на другие тревожные расстройства, такие как паническое (чувствительность 74%, специфичность 81%), социальное (чувствительность 72%, специфичность 80%) и посттравматическое стрессовые расстройства (чувствительность 66%, специфичность 81%) (Williams N., 2014).

Коэффициент α Кронбаха для оригинальной англоязычной версии шкалы был равен 0,92 (Spitzer R.L. et al., 2006). Данная методика переведена на русский язык и адаптирована группой исследователей (Abdala et al., 2016). Бланк методики представлен в Приложении А.

Русскоязычная версия опросника CES – D10:

Шкала CES-D, разработанная центром эпидемиологических исследований, является одним из наиболее распространенных скрининговых методик для выявления депрессивных симптомов в общей популяции и предназначен для исследований, устанавливающих связь между депрессией и другими

переменными. Однако, несмотря на установленную надежность этой шкалы, крупномасштабные исследования показали, что 20 утверждений, содержащихся в этой шкале, могут затягивать процесс исследования и являться обременительными. Поэтому, были проведены дополнительные исследования, показавшие, что шкала CES-D может быть сокращена до 10 утверждений без потери надежности и достоверности. (Zhang, W. et al., 2012)

Шкала CES-D-10 представляет собой короткую шкалу самоотчета, предназначенную для измерения депрессивной симптоматики в общей популяции и включающей в себя 10 утверждений – симптомов, связанных с депрессией (Sawyer L.R,1977).

В исследованиях было установлено, что шкала обладает высокой конструктивной валидностью и адекватной повторяемостью и является полезным инструментом для эпидемиологических исследований депрессии. (Sawyer L.R,1977).

Коэффициент α Кронбаха для оригинальной англоязычной версии шкалы был равен 0,852 (Bradley K.L. et al., 2010). Данная методика переведена на русский язык и адаптирована группой исследователей (Abdala et al., 2016). Бланк методики представлен в Приложении А.

Русскоязычная версия опросника SCQ (Stigma Consciousness questionnaire):

Осознание человеком стигмы представляет собой важную тему для исследований, которая может продемонстрировать степень отличия стереотипов друг от друга. Независимо от того, состоит ли исследуемая группа из женщин, мужчин, геев, лесбиянок, чернокожих, белых, азиатов или латиноамериканцев, лица, входящие в эти группы, не все подходят к своему стереотипному статусу с одинаковыми предубеждениями (Pinel E.C., 1999).

Stigma Consciousness questionnaire (SCQ) представляет собой короткую шкалу, содержащую 10 утверждений, направленных на измерение того, как человек воспринимает дискриминацию, которой подвергается (Pinel E.C., 1999).

Участник оценивает степень своего согласия по каждому из 10 утверждений по 7-ми балльной шкале: совершенно не согласен, скорее не согласен, не согласен, затрудняюсь ответить, скорее согласен, согласен, совершенно согласен (Pinel E.C., 1999).

Валидность опросника для разных групп населения (женщин, гомосексуальных мужчин и женщин) была доказана в исследовании Pinel E.C. 1999 года (Pinel E.C., 1999).

Коэффициент α Кронбаха для оригинальной англоязычной версии шкалы был равен 0,72 и 0,81 (Pinel E.C., 1999). Данная методика была переведена на русский язык, при переводе данной шкалы с английского языка на русский была соблюдена процедура прямого и обратного перевода. Бланк методики представлен в приложении А.

Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса и Фолкмана:

Наиболее широко используемой в зарубежных исследованиях, наиболее обоснованной и пригодной для дифференцированной оценки тенденций в совладающем поведении личности является опросник «Способы совладающего поведения». Концептуальной основой методики является транзактная модель адаптации стрессу Р.Лазаруса 1966 года. Опросник был создан на основе опросника «Ways of Coping Checklist» - первой методической разработки С.Фолкмана и Р.Лазаруса, состоявшей из 68 пунктов-утверждений. В дальнейшем, содержание и структура опросника были пересмотрены (Вассерман Л.И. и др., 2008).

Отечественные исследователи, как правило, прибегают к использованию одного из вариантов этого опросника, полученный при исследовании его конструктивной валидности и включающий в себя 50 наиболее информативных утверждений, отражающих конкретные способы поведения в трудной или проблемной ситуации. Данный вариант методики является наиболее последовательным и компактным (Вассерман Л.И. и др., 2008).

Каждое из 50 утверждений оценивается респондентом по 4-балльной шкале в зависимости от частоты использования указанного в утверждении определенного варианта поведения в проблемной ситуации: никогда, редко, иногда, часто. Утверждения объединены в шкалы, которые соответствуют шкалам исходного варианта опросника: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка (Вассерман Л.И. и др., 2008).

Содержательная и конструктивная валидность данной методики обеспечивается соответствием инструмента концептуальным и эмпирическим разработкам её авторов, а также современному определению понятия копинга. Оценка критериальной валидности затруднительна по причине специфики изучаемого явления (Вассерман Л.И. и др., 2008). Бланк методики представлен в приложении А.

Сокращенный вариант опросника качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ВОЗКЖ-26):

ВОЗКЖ – 100 (WHOQOL-100) позволяет провести детальную оценку каждой отдельной составляющей показателей качества жизни, однако, в некоторых случаях, его проведение может занимать слишком длительное время для практического использования. Поэтому Всемирной организацией здравоохранения была разработана сокращенная версия данного опросника –

ВОЗКЖ-26 (WHOQOL-BREF), переведенный на 19 языков, в том числе и на русский (WHO, 1996). WHOQOL-BREF производит оценку качества жизни, включающую в себя 4 домена:

1. Физическое здоровье: повседневные действия, зависимость от учреждений здравоохранения и медицинских услуг, энергичность/усталость, мобильность, боль и дискомфорт, сон и отдых, работоспособность.
2. Физиологическое здоровье: восприятие своего тела и внешнего вида, негативные и положительные чувства, самооценка, духовность/религиозность/персональные убеждения, внимание/память/мышление.
3. Социальные взаимоотношения: личные взаимоотношения, социальная поддержка, сексуальная активность.
4. Окружающая среда: финансовые ресурсы, свобода, безопасность, доступность медицинского обслуживания, транспорт, возможности для отдыха, физическая окружающая среда (климат, шум и т.д.) (WHO, 1996)

Оценки по каждому из четырёх доменов представляют собой восприятие индивидом качества его жизни. Более высокие баллы по каждому домену означают более высокий уровень качества жизни. (WHO, 1996)

Данная методика была переведена на русский язык. Коэффициенты α - Кронбаха для каждого из 4 доменов (физическое здоровье, физиологическое здоровье, социальные взаимоотношения и окружающая среда) русскоязычной версии опросника WHOQOL-BREF составляют 0,83, 0,79, 0,74 и 0,80 соответственно. (Skevington, S., Lotfy, M., O'Connell, K., 2004). Бланк опросника представлен в приложении А.

Шкала самоуважения Розенберга:

Шкала самоуважения Розенберга включает в себя 10 утверждений, связанных чувством собственного достоинства, самооценности и представляет собой аффективную оценку человеком самого себя по 4-балльной шкале (совершенно не согласен, не согласен, согласен, совершенно согласен) (Rosenberg, 1989).

Далее, подсчитывается сумма баллов отдельного участника и выясняется уровень самоуважения, которым он обладает. (Rosenberg, 1989).

В различных исследованиях α -Кронбаха для оригинальной англоязычной шкалы, как правило, превышает 0,80 (Donnellan B. M., et al., 2015). Данная методика переведена на русский язык. Бланк методики представлен в приложении В.

2.3. Процедура исследования

Исследование проходило на базе Санкт – Петербургского Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД в отделе медицинской и социальной психологии и инфекционными заболеваниями» и в ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России на эндокринологических отделениях №1 и № 2 в период с октября по март 2017 – 2018 года.

На первом этапе проходило знакомство с участниками и их информирование о целях проводимого исследования, его процедуре и продолжительности, а также о добровольности и анонимности участия в нём. Затем, участникам предлагалось два варианта заполнения опросника: в бумажном или электронном виде. В том случае, если участник давал согласие на заполнение опросника в электронном виде, собиралась информация об электронном адресе респондента.

Перед заполнением анкеты (Приложение А) всем участникам предоставлялось информированное согласие на участие в исследовании (Приложение Б), включающее в себя разделы, касающиеся добровольности участия, анонимности, процедуре и продолжительности исследования, возможных рисках и выгодах.

Второй этап заключался в сборе данных. На этом этапе участниками исследования индивидуально заполнялся анкету. На третьем этапе исследования участникам была предоставлена обратная связь по результатам заполненных опросников.

2.4. Математико-статистические методы обработки данных

Для проверки основной гипотезы о том, что в структуре личностного реагирования на болезнь у людей, живущих с ВИЧ будет наблюдаться смешанный тип реагирования с доминированием эргопатического (стенического), анозогнозического (эйфорического) и сенситивного типов, а у людей с диагнозом "сахарный диабет 2 типа" будет наблюдаться смешанный тип реагирования с доминированием эргопатического (стенического) и сенситивного типов, был использован t-критерий Стьюдента для независимых выборок.

Для проверки дополнительной гипотезы, что в структуре личностного реагирования на болезнь высокие показатели по сенситивному типу отношения к болезни будут демонстрировать люди с высокими показателями осознанности стигмы, а также низкими показателями по самоуважению и уровню информированности независимо от типа хронического заболевания, использовался множественный регрессионный анализ.

Для проверки дополнительной гипотезы о том, что в структуре личностного реагирования на болезнь, высокие показатели по эргопатическому типу отношения к болезни будут демонстрировать люди с низкими показателями осознанности стигмы, а также высокими показателями по самоуважению и уровню информированности независимо от типа хронического заболевания использовался множественный регрессионный анализ.

Для проверки дополнительной гипотезы о том, что в структуре личностного реагирования на болезнь, высокие показатели по эргопатическому типу отношения к болезни будут демонстрировать люди с будут демонстрировать люди с низкими показателями тревожности и депрессии, а также высокими показателями по самоуважению независимо от типа хронического заболевания независимо от типа хронического заболевания, использовался множественный регрессионный анализ.

Для проверки дополнительной гипотезы о том, что вне зависимости от типа хронического заболевания (ВИЧ – инфекция или сахарный диабет 2 типа), низкие показатели тревожности и депрессии будут демонстрировать люди с высоким уровнем качества жизни использовался множественный регрессионный анализ.

Для проверки дополнительной гипотезы о том, что вне зависимости от типа хронического заболевания (ВИЧ – инфекция или сахарный диабет 2 типа), высокие показатели тревожности и депрессии будут демонстрировать люди, прибегающие для совладания с ситуацией болезни к эмоционально-ориентированным копинг – стратегиям использовался факторный и множественный регрессионный анализы.

Для проверки дополнительной гипотезы о том, что у пациентов с ВИЧ-инфекцией будет наблюдаться гораздо более высокий показатель осознанности стигмы, чем у людей с сахарным диабетом 2 типа был использован t – критерия Стьюдента для независимых выборок.

Для статистического анализа использовалась программное обеспечение SPSS Statistics 23.

Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение

3.1 Характеристики участников исследования

ВИЧ-положительные:

Из 30 человек, вошедших в группу ВИЧ-положительных участников исследования, большая часть респондентов не состоит в браке (53,3%). Образование не ниже средне-специального имеют 86,7% участников (50% имеют высшее образование, 36,7% - среднее специальное). Полную профессиональную занятость имеют 53,3% респондентов, занятость 26,7% выборки составляет менее 30 часов в неделю (частичная занятость).

56,7% участников проживают с супругом (ой) или сексуальным партнёром, 26,7% - с родителями или другими родственниками. При этом, 66,7% открыли свой диагноз супругу (-ге) или сексуальному партнёру, 50% рассказали о ВИЧ-положительном статусе друзьям, а 46,7% сообщили о нём членам семьи. У 36,7% присутствуют люди с подобным заболеванием среди друзей и знакомых.

Средний ежемесячный доход за последние 3 месяца у 30% составил 20 001 – 30 000 рублей, у 26,7% - больше 50 001.

40% участников диагноз был поставлен за 2 месяца до начала проведения исследования, 26,7% - за 3, 23,3% – за 6 месяцев.

Консультирование по поводу заболевания проводилось с 96,7% участников, при этом 56,7% оценивают этот опыт как положительный, 33,3% относятся к нему нейтрально.

Кроме того, 80% респондентов сообщили о хорошей осведомленности об особенностях своего заболевания.

Медикаментозное лечение требовалось 93,3% участников, при этом только 33,3% начали терапию.

Больные сахарным диабетом 2 типа:

Из 30 человек, вошедших в группу участников исследования, страдающих сахарным диабетом 2 типа, большая часть респондентов женаты или замужем (53,3%), 30% не состоят в браке, а 13,3% проживают в гражданском браке. Образование не ниже средне-специального имеют 83,3% участников (70% имеют высшее образование, 13,3% - среднее специальное). Полную профессиональную занятость имеют 53,3% респондентов, занятость 26,7% выборки составляет менее 30 часов в неделю (частичная занятость).

63,3% участников проживают с супругом (ой) или сексуальным партнёром, 50% - с ребенком или детьми, 26,7% - с родителями или другими родственниками. При этом, 70% открыли свой диагноз супругу (-ге) или сексуальному партнёру, 53,3% сообщили о нём членам семьи, 53,3 % рассказали о друзьях, 26,7% - коллегам по работе. У 50 % присутствуют люди с подобным заболеванием среди друзей и знакомых.

Средний ежемесячный доход за последние 3 месяца у 36,7% составил 40 001 – 50 000 рублей, у 20 % - 10 001 – 20 000.

43,3 % участников диагноз был поставлен за 6 месяцев до начала проведения исследования, 23,3% - за 5, 20% – за 4 месяца.

Консультирование по поводу заболевания проводилось с 83,3% участников, при этом 30% оценивают этот опыт как положительный, 20% относятся к нему нейтрально.

Кроме того, 60% респондентов сообщили о хорошей осведомленности об особенностях своего заболевания.

Медикаментозное лечение требовалось 63,3% участников, при этом 43,3% начали терапию.

По результатам t – критерия Стьюдента для независимых выборок, выборка из 30 ВИЧ-положительных пациентов и выборка из 30 заболевших сахарным диабетом 2 типа статистически достоверно различаются по показателям возраста ($p = 0,00$), семейного положения ($p = 0,00$), наличия детей ($p = 0,00$), длительности наличия заболевания (в месяцах) ($p = 0,00$), осведомлённости о заболевании ($p = 0,00$), показателю начала лечения ($p = 0,00$), а также открытия диагноза коллеге (-гам) по работе ($p = 0,04$). Таблица социально – демографических характеристик участников исследования представлена в приложении В.

По результатам t – критерия Стьюдента для независимых выборок, выборка из 30 ВИЧ-положительных пациентов и выборка из 30 заболевших сахарным диабетом 2 типа статистически достоверно различаются по показателю осознанности стигмы и показателю физиологического здоровья, являющегося одним из показателей качества жизни ($p = 0,001$ и $p = 0,038$ соответственно). Таблица значений по показателям депрессии, тревожности, способам совладающего поведения, осознанности стигмы и качеству жизни у участников исследования представлена в приложении Г.

3.2. Результаты исследования

По результатам исследования преобладающего типа реагирования на болезнь, были обнаружены статистически значимые различия были обнаружены по гармоничному (реалистичному, взвешенному) ($p = 0,000242$), эргопатическому (стеническому) ($p = 0,001$), анозогнозическому (эйфорическому) ($p = 0,051$), меланхолическому (депрессивному) ($p = 0,001$), апатическому ($p = 0,002$), дисфорическому (агрессивному) ($p = 0,029$) и паранойяльному ($p = 0,018$) типам. По тревожному (обсессивно-фобическому) ($p = 0,388$), ипохондрическому ($p = 0,327$), неврастеническому ($p = 0,677$), сенситивному ($p = 0,357$) и эгоцентрическому (истероидному) ($p = 0,697$) типу значимых различий обнаружено не было. Значения по 12 шкалам опросника ТОБОЛ отражены в таблице 1.

Таблица 1. Значения по 12 шкалам опросника ТОБОЛ в группах ВИЧ-положительных (ВИЧ+) участников исследования и людей с сахарным диабетом 2 типа (СД2).

	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	Д	С	Э	П
ВИЧ+	25,5 7	30,3 7	19,8 3	9,17	8,67	8,73	2,57	2,17	3,47	21,5 7	9,00	5,00
СД2	9,40	17,0 3	10,8 0	11,5 0	10,3 7	9,47	7,00	5,67	6,60	19,1 3	8,47	7,97
p	0,00	0,00	0,05	0,39	0,33	0,68	0,00	0,00	0,03	0,36	0,67	0,02

Обобщенный профиль по методике «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) для ВИЧ – положительных участников исследования и для участников исследования, больных сахарным диабетом 2 типа с использованием полученных средних значений представлен на рис.2:

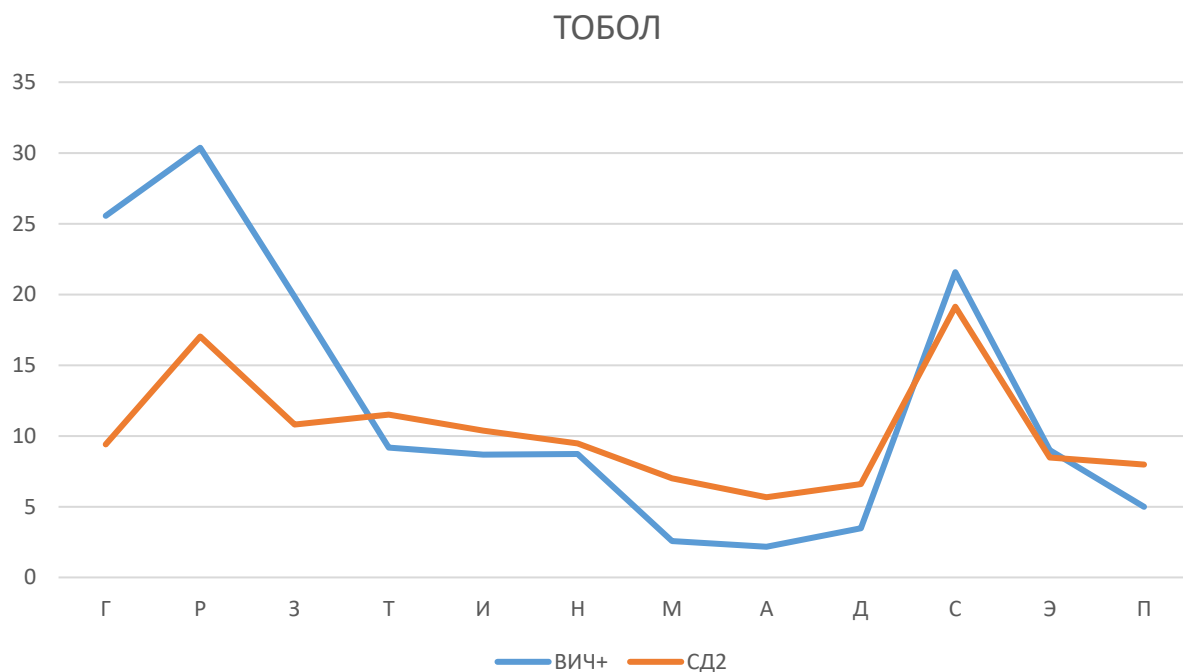


Рис.2. Обобщенный профиль по методике «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ)

По результатам проведенного множественного регрессионного анализа, было выявлено, что 19,8% дисперсии переменной «сенситивный тип отношения к болезни» обусловлены влиянием предикторов (осознанность стигмы, самоуважение, уровень информированности и тип хронического заболевания). Коэффициент множественной корреляции R отражает связь зависимой переменной «сенситивный тип отношения к болезни» с совокупностью независимых переменных и равен 0,445. Уровень значимости модели достигает статистической достоверности и составляет 0,015. Стандартные коэффициенты регрессии β отражают относительную степень влияния каждого из предикторов, но только один из них (самоуважение) достигает статистической достоверности ($p = 0,007$). Результаты множественного регрессионного анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2. Связь сенситивного типа отношения к болезни с осознанностью стигмы, самоуважением, уровнем информированности и типом хронического заболевания по результатам множественного регрессионного анализа.

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Значимость
	B	Стандартная ошибка	Бета		
1 (Константа)	52,030	11,707		4,444	,000
Самоуважение	-,941	,333	-,346	-2,824	,007
Тип болезни	,056	3,097	,003	,018	,986
Осознание стигмы	,233	,180	,188	1,297	,200
Уровень информированности	-4,809	2,596	-,262	-1,853	,069

а. Зависимая переменная: сенситивный тип отношения к болезни

По результатам проведенного множественного регрессионного анализа, было выявлено, что 19,9% дисперсии переменной «эргопатический тип отношения к болезни» обусловлены влиянием предикторов (осознанность стигмы, самоуважение, уровень информированности и тип хронического заболевания). Коэффициент множественной корреляции R отражает связь зависимой переменной «эргопатический тип отношения к болезни» с совокупностью независимых переменных и равен 0,446. Уровень значимости

модели достигает статистической достоверности и составляет 0,015. Стандартные коэффициенты регрессии β отражают относительную степень влияния каждого из предикторов, но только один из них (тип хронического заболевания) достигает статистической достоверности ($p = 0,001$). Результаты множественного регрессионного анализа отражены в таблице 3.

Таблица 3. Связь эргопатического типа отношения к болезни с осознанностью стигмы, самоуважением, уровнем информированности и типом хронического заболевания по результатам множественного регрессионного анализа.

Коэффициенты^а

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Значимость
		B	Стандартная ошибка	Бета		
1	(Константа)	33,145	19,190		1,727	,090
	Самоуважение	-,043	,546	-,010	-,080	,937
	Тип болезни	-18,114	5,077	-,549	-3,568	,001
	Осознание стигмы	-,400	,294	-,196	-1,358	,180

а. Зависимая переменная: эргопатический тип отношения к болезни

Продолжение таблицы 3.

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Значимость
	B	Стандартная ошибка	Бета		
1 (Константа)	33,145	19,190		1,727	,090
Уровень информированности	5,243	4,255	,174	1,232	,223

а. Зависимая переменная: эргопатический тип отношения к болезни

По результатам проведенного множественного регрессионного анализа, было выявлено, что 31,6 % дисперсии переменной «эргопатический тип отношения к болезни» обусловлены влиянием предикторов (тревожность, депрессия, самоуважение и тип хронического заболевания). Коэффициент множественной корреляции R отражает связь зависимой переменной «эргопатический тип отношения к болезни» с совокупностью независимых переменных и равен 0,562. Уровень значимости модели достигает статистической достоверности и составляет 0,000278. Стандартные коэффициенты регрессии β отражают относительную степень влияния каждого из предикторов, но только два из них (тревожность и тип хронического заболевания) достигают статистической достоверности ($p = 0,006$). Результаты множественного регрессионного анализа представлены в таблице 4.

Таблица 4. Связь эргопатического типа отношения к болезни с депрессией, тревожностью, самоуважением, и типом хронического заболевания по результатам множественного регрессионного анализа.

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизован ные коэффициенты		Стандартизован ные коэффициенты	t	Значимость
	B	Стандартная ошибка	Бета		
1 (Константа)	50,655	16,654		3,042	,004
Депрессия	-,164	,571	-,037	-,286	,776
Тревожность	-1,836	,637	-,394	-2,881	,006
Самоуважение	-,439	,519	-,099	-,845	,402
Тип болезни	- 10,823	3,813	-,328	-2,838	,006

а. Зависимая переменная: эргопатический тип отношения к болезни

По результатам проведенного множественного регрессионного анализа, было выявлено, что 24,7 % дисперсии переменной «тревожность» обусловлены влиянием предикторов (физическое здоровье, физиологическое здоровье, социальные взаимоотношения, окружающая среда и тип хронического заболевания). Коэффициент множественной корреляции R отражает связь зависимой переменной «тревожность» с совокупностью независимых переменных и равен 0,497. Уровень значимости модели достигает статистической достоверности и составляет 0,008. Стандартные коэффициенты регрессии β отражают относительную степень влияния каждого из предикторов,

но только один из них (физическое здоровье) достигает статистической достоверности ($p = 0,021$). Результаты множественного регрессионного анализа отражены в таблице 5.

Таблица 5. Связь тревожности с показателями качества жизни и типом хронического заболевания по результатам множественного регрессионного анализа.

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Значимость
	B	Стандартная ошибка	Бета		
1 (Константа)	15,720	3,639		4,320	,000
Тип болезни	,743	,898	,105	,827	,412
Физическое здоровье	-,088	,037	-,305	-2,376	,021
Физиологическое здоровье	-,085	,053	-,230	-1,611	,113
Социальные взаимоотношения	-,018	,030	-,082	-,616	,541
Окружающая среда	,012	,036	,045	,341	,734

а. Зависимая переменная: Тревожность

Кроме того, было выявлено, что 24,4 % дисперсии переменной «депрессия» обусловлены влиянием предикторов (физическое здоровье, физиологическое здоровье, социальные взаимоотношения, окружающая среда и тип хронического заболевания). Коэффициент множественной корреляции R отражает связь зависимой переменной «тревожность» с совокупностью независимых переменных и равен 0,494. Уровень значимости модели достигает статистической достоверности и составляет 0,008. Стандартные коэффициенты регрессии β отражают относительную степень влияния каждого из предикторов, но только два из них (физическое здоровье и социальные взаимоотношения) достигают статистической достоверности ($p = 0,023$ и $p = 0,013$ соответственно). Результаты множественного регрессионного анализа представлены в таблице 6.

Таблица 6. Связь депрессии с показателями качества жизни и типом хронического заболевания по результатам множественного регрессионного анализа.

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Значимость
	B	Стандартная ошибка	Бета		
1 (Константа)	17,137	4,030		4,252	,000
Тип болезни	-,323	,948	-,043	-,341	,735
Физическое здоровье	-,087	,039	-,285	-2,218	,031
Физиологическое здоровье	-,039	,057	-,097	-,690	,493

а. Зависимая переменная: Депрессия

Продолжение таблицы 6.

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Значимость
	B	Стандартная ошибка	Бета		
1 (Константа)	17,137	4,030		4,252	,000
Социальные взаимоотношения	-,079	,031	-,338	-2,564	,013
Окружающая среда	,062	,039	,217	1,598	,116

а. Зависимая переменная: Депрессия

По результатам t – критерия Стьюдента для независимых выборок, выборка из 30 ВИЧ-положительных пациентов имеет средний балл 27,300 по показателю осознанности стигмы (SCQ), а выборка из 30 заболевших сахарным диабетом 2 типа - 20,700. Различия статистически достоверны на уровне значимости($p=0,001$). Критерий равенства дисперсий Ливиня указывает на то, что дисперсии двух распределений статистически значимо не различаются ($p = 0,579$), следовательно, применение t-критерия корректно. Результаты t -критерия Стьюдента для независимых выборок отражены в таблице 7.

Таблица 7. Результаты применения критерия Стьюдента для независимых выборок.

Критерий для независимых выборок

	Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий для равенства средних				
	F	Значимость	t	ст.св.	Знач. (двухсторонняя)	Средняя разность	Среднеквадратичная ошибка разности
SCQ Предполагаются равные дисперсии	,312	,579	3,395	58	,001	6,6000	1,9442
Не предполагаются равные дисперсии			3,395	57,298	,001	6,6000	1,9442

По результатам факторного анализа, все копинг стратегии (конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы и положительная переоценка) были разделены на два фактора. Факторы 1 и 2 были названы исходя из преобладания в них эмоционально-ориентированных копинг – стратегий или проблемно – ориентированных копинг - стратегий. Результаты факторного анализа представлены в таблице 8.

Таблица 8. Виды копинг-стратегий по результатам факторного анализа.

	Эмоционально-ориентированный копинг	Проблемно-ориентированный копинг
Бегство-избегание	0,859	0,079
Дистанцирование	0,768	-0,068
Принятие ответственности	0,703	0,169
Самоконтроль	0,679	0,292
Планирование решения проблемы	-0,046	0,796
Положительная переоценка	0,286	0,705
Конфронтация	-0,010	0,661
Поиск социальной поддержки	0,268	0,518

Процент дисперсии, обусловленный первым фактором (эмоционально – ориентированный копинг) составляет 30,468 %. Процент дисперсии, обусловленной вторым фактором (проблемно – ориентированный копинг) равен 24,528. Кумулятивный процент, накопленный к последнему фактору составил 54,996 %, что позволяет говорить о том, что сокращать количество переменных или увеличивать количество факторов не представляет необходимости. Это отражено в таблице 9.

Таблица 9. Процент дисперсии, обусловленный проблемно-ориентированным копингом (1 фактор) и эмоционально – ориентированным копингом (2 фактор).

	% дисперсии до вращения	% дисперсии после вращения	Кумулятивный % до вращения	Кумулятивный % после вращения
1 фактор	35,922	30,468	35,922	30,468

	% дисперсии до вращения	% дисперсии после вращения	Кумулятивный % до вращения	Кумулятивный % после вращения
2 фактор	19,074	24,528	54,996	54,996

Далее, был проведен множественный регрессионный анализ, по результатам которого было выявлено, что что 19,4 % дисперсии переменной «депрессия» обусловлены влиянием предикторов (эмоционально – ориентированный копинг и проблемно – ориентированный копинг). Коэффициент множественной корреляции R отражает связь зависимой переменной «депрессия» с совокупностью независимых переменных и равен 0,441. Стандартные коэффициенты регрессии β отражают относительную степень влияния каждого из предикторов, но только один из них (эмоционально – ориентированный копинг) достигает статистической достоверности ($p = 0,001$). Значение β коэффициента для этого предиктора позволяет сделать вывод о том, что высокий уровень депрессии демонстрируют люди, прибегающие для совладания с ситуацией болезни к эмоционально – ориентированному копингу. Вклад других предикторов в оценку зависимой переменной (депрессия) не может быть интерпретирован в связи с тем, что значения β коэффициента не достигают статистической значимости. Результаты множественного регрессионного анализа представлены в таблице 10.

Таблица 10 .Связь депрессии с эмоционально-ориентированным копингом и проблемно-ориентированным копингом по результатам множественного регрессионного анализа.

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Значимость
	B	Стандартная ошибка	Бета		
1 (Константа)	6,860	,645		10,642	,000
Эмоционально-ориентированный копинг	1,546	,457	,406	3,381	,001
Проблемно-ориентированный копинг	-,675	,462	-,178	-1,462	,149
Тип отношения к болезни	,581	,918	,077	,632	,530

а. Зависимая переменная: Депрессия

Далее, был проведен множественный регрессионный анализ, по результатам которого было выявлено, что что 12,3 % дисперсии переменной «тревожность» обусловлены влиянием предикторов (эмоционально – ориентированный копинг и проблемно – ориентированный копинг). Коэффициент множественной корреляции R отражает связь зависимой переменной «тревожность» с совокупностью независимых переменных и равен 0,351. Стандартные коэффициенты регрессии β отражают относительную степень влияния каждого из предикторов, но только один из них близок к статистической достоверности (эмоционально ориентированный копинг) ($p = 0,051$). Значение β коэффициента для этого предиктора позволяет сделать вывод о том, что высокий уровень тревожности демонстрируют люди, прибегающие для совладания с ситуацией

болезни к эмоционально – ориентированному копингу вне зависимости от хронического заболевания. Вклад других предикторов в оценку зависимой переменной (тревожность) не может быть интерпретирован в связи с тем, что значения β коэффициента не достигают статистической значимости. Результаты множественного регрессионного анализа отражены в таблице 11.

Таблица 11: Связь тревожности с эмоционально-ориентированным копингом и проблемно-ориентированным копингом по результатам множественного регрессионного анализа.

Коэффициенты ^а					
Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Значимость
	B	Стандартная ошибка	Бета		
(Константа)	3,260	,632		5,159	,000
Эмоционально-ориентированный копинг	,894	,448	,250	1,995	,051
Проблемно-ориентированный копинг	,345	,453	,097	,763	,449
Тип отношения к болезни	1,613	,900	,228	1,792	,079

а. Зависимая переменная: Тревожность

3.3. Обсуждение результатов исследования

Результаты исследования показали, что у ВИЧ-положительных пациентов наблюдается преобладание эргопатического (стенического) типа отношения к болезни, что подразумевает наличие сверхответственного, стеничного отношения к работе, в ряде случаев имеющую ещё большую выраженность, чем до заболевания. Несмотря на болезнь и сопутствующие ей трудности, для человека характерно стремление сохранить свой профессиональный и социальный статус, возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. Человек старается «уйти» в работу, с целью забыть о существовании своего заболевания и связывает своё будущее с успехами в работе или учёбе. Кроме того, при преобладании данного типа отношения к своему заболеванию свойственно избирательное отношение к обследованию и лечению, определяющееся, в первую очередь, тем, мешают ли они сохранению высокого уровня социальной активности, в связи с чем может наблюдаться несоблюдение больным медицинских рекомендаций и назначения (Вассерман Л.И. и др., 2014).

У пациентов, живущих с диагнозом «сахарный диабет 2 типа» наблюдается смешанный тип отношения к болезни с преобладанием эргопатического (стенического) и сенситивного типов, что подразумевает наличие у больного повышенной чувствительности, связанной с заболеванием, в случае взаимодействия с другими людьми, чрезмерной ранимости, озабоченности неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни (жалость, избегание, дискриминация и т.д.), отсутствие склонности открыто делиться сведениями о своём заболевании с окружающими, включая врачей, в связи с чем может присутствовать волнение, что не всё рассказал о своём состоянии лечащему врачу. Также, присутствует выраженный страх стать обузой для близких из-за болезни и боязнь неблагоприятного отношения с их стороны в связи с заболеванием. Вместе с тем, для человека характерно стремление «уйти» в работу, с целью забыть о существовании своего

заболевания, сохранить свой профессиональный и социальный статус (Вассерман Л.И. и др., 2014).

Одним из возможных объяснений полученных результатов относительно преобладающего отношения к болезни у ВИЧ-положительных людей и людей с диабетом типа 2 являются преморбидные особенности личности, такие как возраст респондента, его характер, индивидуальный опыт перенесённых заболеваний, уровень осведомлённости об особенностях своего заболевания и т.д. Также, полученные результаты могут обуславливаться тем, что при сообщении ВИЧ-положительного диагноза с пациентом проводится психологическое консультирование относительно особенностей жизни с этим заболеванием.

Кроме того, несмотря на то, что наличие эргопатического типа, характеризующегося отсутствием выраженных явлений психической дезадаптации, в структуре личностного реагирования на болезнь наблюдается как у ВИЧ-инфицированных участников исследования, так и для у респондентов с диагнозом «сахарный диабет 2 типа», однако у ВИЧ-положительных больных этот тип отношения к болезни преобладает, в то время как у пациентов с диагнозом «сахарный диабет 2 типа» также присутствует повышенная чувствительность в связи с заболеванием, ранимость, озабоченность вероятностью неблагоприятного отношения со стороны окружающих, обуславливающая нарушения социальной адаптации респондентов и отличающая это хроническое заболевание от ВИЧ-инфекции.

Также, в группе ВИЧ-положительных участников исследования были обнаружены пики по гармоничному типу отношения к болезни, что, вероятно, было связано с тем, что набор ВИЧ-инфицированных участников проходил на «Школе приверженности ВААРТ», проводящейся в СПбГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», на которой ВИЧ-положительным больным предоставляется информация об их болезни, о важности поддержания режима приёма препаратов высокоактивной

антиретровирусной терапии (ВААРТ), сохранения приверженности лечению, о значении показателей вирусной нагрузки.

Исходя из этих данных, можно сделать вывод о частичном подтверждении основной гипотезы.

Кроме того, в проведенном исследовании было выявлено, что высокие показатели по сенситивному типу отношения к болезни демонстрируют респонденты с низкими показателями по самоуважению независимо от типа хронического заболевания. Другими словами, люди вне зависимости от хронического заболевания (ВИЧ-инфекция или сахарный диабет 2 типа), для которых характерна чрезмерная ранимость, уязвимость, опасения вызвать жалость окружающих, их пренебрежение или неблагоприятное отношение, не обладают благоприятным мнением о самом себе, у них отсутствует общее чувство собственного достоинства, самооценности.

Одним из вероятных объяснений данного факта может быть не только наличие в обществе стигматизирующих представлений в отношении заболевших, но и поддержка самим респондентом негативных убеждений, взглядов и чувств в отношении самого себя по причине наличия у него заболевания.

Полученные данные свидетельствуют о частичном подтверждении исследовательской гипотезы.

Высокие показатели по эргопатическому типу отношения к болезни демонстрируют респонденты с низкими показателями тревожности. Другими словами, люди, демонстрирующие склонность проявлять уход от болезни в работу, с целью забыть о своём заболевании, и стремление сохранить свой профессиональный статус обладают низким уровнем тревожности. Возможным объяснением данного факта являются преморбидные особенности личности, наличие хорошей осведомлённости о специфике своего заболевания, а также то, что течение болезни в данный момент не вызывает опасений за себя, своё

будущее. При этом, показатель эргопатического типа отношения к болезни обнаруживает свою связь с типом заболевания – у ВИЧ – положительных участников исследования этот показатель уменьшается менее радикально, по сравнению с людьми с диагнозом «сахарный диабет 2 типа». Возможным объяснением данного факта является то, что людям с ВИЧ-положительным статусом уделяется гораздо более пристальное внимание со стороны работников сферы здравоохранения, чем людям с диагнозом «сахарный диабет 2 типа».

Полученные данные позволяют сделать выводы о том, что гипотеза подтвердилась частично.

Также, исследование продемонстрировало, что вне зависимости от типа хронического заболевания, высокий уровень тревожности демонстрируют респонденты с низкими показателями физического здоровья, в то время как высокий уровень депрессии демонстрируют респонденты с низкими показателями физического здоровья и социальных взаимоотношений. Полученные данные позволяют сделать выводы о том, что гипотеза подтвердилась частично. Другими словами, увеличение зависимости от учреждений здравоохранения, ухудшение работоспособности, возникновение усталости по мере ухудшения состояния здоровья человека вызывают у заболевшего снижение настроения, появление пессимистического взгляда на происходящее, негативных суждений в отношении самого себя и увеличение уровня тревожности за своё состояние, за своё будущее. Снижение настроения и появление пессимистического взгляда на происходящее также связано с ухудшением личных взаимоотношений заболевшего, отсутствием у него социальной поддержки и низкой социальной активностью в целом.

Кроме того, в исследовании было выявлено, что у пациентов с ВИЧ-инфекцией будет наблюдаться гораздо более высокий показатель осознанности стигмы, чем у людей с сахарным диабетом 2 типа. Возможным объяснением данного факта может быть то, что, на сегодняшний день, стигматизация и дискриминация ВИЧ-положительных людей, по - прежнему является широко

распространенным явлением не только на территории Российской Федерации, но и во всем мире, несмотря на достижения современной науки в области лечения ВИЧ-инфекции, по причине ассоциирования членами общества ВИЧ-инфекции с рискованным поведением, нарушающим социальные нормы. О широкой распространенности стигматизации ВИЧ-позитивных людей в своих исследованиях говорят Stutterheim S.E. et al., Шаболтас А.В., Chambers L.A. et al, Rueda S. et al.

Также, проведенное исследование показало, что, хотя показатель осознанности стигмы у ВИЧ-инфицированных людей являлся более высоким, чем у людей с сахарным диабетом 2 типа, у представителей 2 группы (сахарный диабет 2 типа) он составил 20,7, что свидетельствует о том, что пациенты с этим диагнозом также осознают, что могут подвергнуться стигматизации со стороны окружающих по причине своего диагноза. О дискриминации людей с диагнозом “сахарный диабет 2 типа”, проявляющейся в осуждении и обвинении заболевших со стороны окружающих, в своих исследованиях говорят Browne J.L. et al. и Liu N. F. et al.

Проведенное исследование также показало, что высокие показатели тревожности и депрессии демонстрируют респонденты, прибегающие для совладания с ситуацией болезни к эмоционально – ориентированным копинг – стратегиям. Возможным объяснением данного факта могут являться преморбидные особенности личности, такие как возраст респондента, его характер, индивидуальный опыт перенесённых заболеваний, уровень осведомлённости об особенностях своего заболевания и т.д.

Полученные данные позволяют сделать выводы о подтверждении исследовательской гипотезы.

К числу ограничений проведенного исследования необходимо отнести статистически значимые различия между группами ВИЧ-положительных участников исследования и респондентов с диагнозом «сахарный диабет 2 типа» по показателям возраста, семейного положения, наличия детей, длительности

наличия заболевания (в месяцах), осведомлённости о заболевании, показателю начала лечения, а также открытия диагноза коллеге (- гам) по работе.

Также, нужно принимать во внимание разницу в способе заполнения анкеты. Если ВИЧ – инфицированные участники преимущественно заполняли её в электронном виде (респондентом предоставлялся адрес электронной почты и ему высылалась ссылка на анкету), то люди с сахарным диабетом 2 типа заполняли его преимущественно в бумажном виде.

Выводы

1. Анализ клинических, психологических и социально – демографических характеристик людей, живущих с ВИЧ, показал, что из 30 человек, вошедших в группу ВИЧ-положительных участников исследования, большая часть респондентов не состоит в браке (53,3%), имеет образование не ниже средне-специального (86,7%) и полную профессиональную занятость (53,3%). Кроме того, 80% респондентов сообщили о хорошей осведомленности об особенностях своего заболевания. Медикаментозное лечение требовалось 93,3% участников, при этом только 33,3% начали терапию. Также, большая часть ВИЧ – инфицированных участников исследования (66,7%) открыла свой диагноз своему сексуальному партнёру, а у 36,7% присутствуют люди с подобным заболеванием среди друзей и знакомых. При этом, у пациентов с ВИЧ-инфекцией наблюдается выраженное осознание вероятности стигматизации и дискриминации со стороны окружающих по причине своей болезни (средний балл составил 27,3), высокие показатели качества жизни и самоуважения, а также низкие показатели тревожности (3, 27) и депрессии (7,068).
2. Провести сравнительный анализ типов отношения к болезни у людей, живущих с ВИЧ, и людей, живущих с сахарным диабетом 2 типа.
Сравнение типов отношения к болезни ВИЧ-положительных и людей с диагнозом «сахарный диабет 2 типа» позволяет сделать вывод о том, что, как у ВИЧ-положительных участников исследования, так и у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в структуре личностного реагирования на болезнь присутствует эргопатический тип. Однако у ВИЧ-положительных больных наблюдается преобладание данного типа отношения к болезни, в то время как у пациентов с диагнозом «сахарный диабет 2 типа» в структуре личностного реагирования также наблюдается сенситивный тип отношения к болезни, отличающий это хроническое заболевание от ВИЧ-

инфекции. Также, было выявлено, что в обеих группах (ВИЧ-инфицированные участники и люди с сахарным диабетом 2 типа) высокие показатели по с типу отношения к болезни демонстрируют респонденты с низкими показателями по самоуважению. Вместе с тем, высокие показатели по эргопатическому типу отношения к болезни демонстрируют респонденты с низкими показателями тревожности. При этом, у ВИЧ – положительных участников исследования этот показатель уменьшается менее радикально, по сравнению с людьми с диагнозом «сахарный диабет 2 типа».

3. У людей, живущих с ВИЧ наблюдается стремление «уйти» от своего заболевания в работу, с целью забыть о существовании своего ВИЧ-положительного статуса. В связи с этим характерно избирательное отношение к обследованию и лечению, определяющееся, в первую очередь, тем, мешают ли они сохранению высокого уровня социальной активности, в связи с чем может наблюдаться несоблюдение медицинских рекомендаций. Также, результаты исследования показали, что у ВИЧ-инфицированных респондентов наблюдается более высокий уровень осознания того, что их заболевание стигматизируемо в обществе, вследствие чего они могут подвергнуться дискриминации со стороны окружающих по причине своей болезни.
4. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод, что для людей, живущих с ВИЧ, демонстрирующих чрезмерную ранимость, уязвимость в отношении своего заболевания, характерно отсутствие благоприятного мнения о себе. Также, появление у ВИЧ – положительных участников исследования пессимистичного взгляда на происходящее, увеличения уровня тревожности в отношении течения своего заболевания связано с ухудшением состояния здоровья, увеличением зависимости от учреждений здравоохранения, с ухудшением личных взаимоотношений заболевшего и его низкой социальной активностью в целом. Кроме того, респонденты, использующие для совладания со своим диагнозом

эмоционально – ориентированные копинг – стратегии (бегство-избегание, дистанцирование, принятие ответственности, самоконтроль), демонстрируют высокие уровни тревожности и депрессии. При этом, аналогичные показатели демонстрируют респонденты с диагнозом «сахарный диабет 2 типа».

Заключение

Вот уже более 30 лет, ВИЧ - инфекция остается актуальной проблемой в современном мире и поэтому, неудивительно, что она привлекает к себе всеобщее внимание. Надо отметить, что, на сегодняшний день, медицинские аспекты ВИЧ-инфекции изучаются достаточно глубоко и подробно. Однако, у отечественных и зарубежных авторов недостаточно рассмотренным является вопрос о сравнении этого заболевания с другими, в частности - с сахарным диабетом, являющегося одним из самых распространённых и опасных заболеваний во всех странах мира.

Целью проведенного исследования являлось выявление особенностей принятия ВИЧ – положительного статуса. Для достижения этой цели был поставлен ряд задач: изучить клинические, психологические и социально-демографические характеристики людей, живущих с ВИЧ; провести сравнительный анализ типов отношения к болезни у людей, живущих с ВИЧ, и людей, живущих с сахарным диабетом 2 типа; выявить особенности отношения к болезни у людей, живущих с ВИЧ, а также выявить социально-психологические факторы, связанные с отношением к болезни у людей, живущих с ВИЧ.

Данные, полученные в ходе исследования продемонстрировали, что у ВИЧ-положительных людей наблюдается преобладание эргопатического типа отношения к болезни, в то время как у пациентов, живущих с диагнозом «сахарный диабет 2 типа» наблюдается смешанный тип отношения к болезни с преобладанием эргопатического и сенситивного типов. Также, было выявлено, что высокие показатели по сенситивному типу отношения к болезни демонстрируют респонденты с низкими показателями по самоуважению независимо от типа хронического заболевания, а высокие показатели по эргопатическому типу отношения к болезни демонстрируют респонденты с низкими показателями тревожности. При этом, показатель эргопатического типа отношения к болезни обнаруживает свою связь с типом заболевания – у ВИЧ –

положительных участников исследования этот показатель уменьшается менее радикально, по сравнению с людьми с диагнозом «сахарный диабет 2 типа». Кроме того, вне зависимости от типа хронического заболевания, высокий уровень тревожности демонстрируют респонденты с низкими показателями физического здоровья, в то время как высокий уровень депрессии демонстрируют респонденты с низкими показателями физического здоровья и социальных взаимоотношений. Кроме того, показатель осознанности стигмы у ВИЧ-инфицированных людей являлся более высоким, чем у людей с сахарным диабетом 2 типа. Также, было продемонстрировано, что вне зависимости от хронического заболевания, высокие показатели тревожности и депрессии демонстрируют респонденты, прибегающие для совладания с ситуацией болезни к эмоционально – ориентированным копинг – стратегиям.

Результаты проведенного исследования позволяют говорить о выполнении исследовательских задач. Однако, проблема, представленная в данном исследовании требует дальнейшего изучения.

Научная ценность проведенного исследования заключается в представлении сравнительного анализа между отношением к своему заболеванию людей, живущих с ВИЧ и людьми с диагнозом «сахарный диабет 2 типа».

Практическая значимость этого исследования заключается в том, что полученные результаты способствуют появлению более ясного представления о том, чем ВИЧ-инфекция отличается от других хронических заболеваний с психологической точки зрения и позволяет обеспечивать более эффективную психологическую помощь людям с положительным ВИЧ-статусом.

Список использованной литературы

1. Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа : проблемы и решения. 2-е изд. перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 1031 с.
2. Баканова А.А., Васильченко О.Н. Переживание кризисной ситуации постановки диагноза у ВИЧ-позитивных мужчин и женщин // Многообразие психологической помощи: Коллективная монография III. СПб.: Изд-во РГПУ им.А.И. Герцена, 2010. С. 70-75.
3. Баканова А.А. Отношение к жизни, смерти и болезни ВИЧ-инфицированных 20—30 лет. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 2(31). С. 4 URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 22.09.2017).
4. Валеева А.М., Мухаметова Р.Н., Синюшина Н.Н. Патопсихологическое исследование и сравнение состояния аффективной сферы в двух гендерных группах ВИЧ-инфицированных больных // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2010. № 2(3). С. 82-87.
5. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности. Коллективная монография. Санкт-Петербург, 2014. 408 с.
6. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б, Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.В.М.Бехтерева: Пособие для врачей. Санкт-Петербург, 2005. 33 стр.
7. Вышемирская И. ВИЧ-активизм как стратегия выживания: исследование случая // Невидимые грани социальной реальности. К 60-летию Эдуарда Фомина. Сб. статей по материалам полевых исследований / Под ред. Воронкова В., О. Паченкова, Чикадзе Е. СПб.: ЦНСИ, 2001. С. 49—62.
8. Гусова А.Д., Цаликова А.А. Психологическое состояние и приверженность к лечению у больных ВИЧ-инфекцией // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2016. № 5(3). С. 249-251.

9. Дедов, И. И., Шестакова, М. В., Сунцов, Ю. И., Петеркова, В. А., Галстян, Г. Р., Майоров, А. Ю., Кураева, Т. Л., Сухарева, О. Ю. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007–2012 годы» // Сахарный диабет. 2013. № 2S. С. 2-48.
10. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Государственный регистр сахарного диабета в Российской Федерации: статус 2014 г. и перспективы развития // Сахарный диабет. 2015. № 18(3). С. 5 – 23.
11. Зинченко А.И. Сравнение психологических особенностей ВИЧ-инфицированных с разным уровнем иммунитета. // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2008. № 35 (76). С. 107-113.
12. Ионова Т.И., Комлёнок Н.М. Адаптационные возможности у больных сахарным диабетом: значение психологического статуса // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. 2014. № 23-24. С. 86-92.
13. Киселев М.Ю. Страх и стигма: о социально-психологических механизмах стигматизации больных СПИДом и жертв радиационных катастроф // Психологический журнал. 1999. № 20(4). С. 40 – 47.
14. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л.: Медицина, 1980. 131 с.
15. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1983. 404с.
16. Кюблер – Росс Э. О смерти и умирании. «София», 2001. 110 с.
17. Кравченко А.Я., Сахненко В.В., Чернов А.В. Особенности отношения к болезни больных сахарным диабетом 2 типа // Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. № 17(2). С. 8-12
18. Кравченко А.Я., Сахненко В.В., Будневский А.В., Подвигин С.Н. Влияние аффективных расстройств на качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа // Паллиативная медицина. 2014. № 4. С. 9 -12.

- 19.Левина М.Ю. Особенности копинг-стратегий у больных с ВИЧ-инфекцией // Академический журнал Западной Сибири. 2014. № 6 (55). С. 75-77.
- 20.Махаматова, А. Ф., Ерицян, К. Ю., Русакова, М. М., Уиттен, К. , Уиттен, Р. Социально-психологические аспекты совладания с болезнью у людей, живущих с ВИЧ // Теория и практика общественного развития. 2013, № 1. С. 115-120.
- 21.Мотовилин О.Г., Шишкова Ю.А., Суркова Е.В. Стратегии совладания (копинг-стратегии) у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа на инсулинотерапии: связь с эмоциональным благополучием и уровнем гликемического контроля // Сахарный диабет. 2015. № 18(4). С. 41-47.
- 22.Мотовилин О.Г. Лунякина О.В., Суркова Е.В., Шишкова Ю.А., Мельникова О.Г., Майоров А.Ю. Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа // Сахарный диабет. 2012. № 4. С. 51-58.
- 23.Никифоров Г.С. Психология здоровья. Учебник для вузов. Спб.: Питер, 2006. 607 с.
- 24.Незнанов, Н. Г., Халезова, Н. Б. Особенности совладающего поведения у ВИЧ-инфицированных больных // Экология человека. 2010. № 4. С. 10-15.
- 25.Орлова М.М. Анализ адаптационных стратегий больных сахарным диабетом в зависимости от ситуации болезни // Сибирский психологический журнал. 2011. № 41. С. 94-104.
- 26.Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. 198 с.
- 27.Рехтина Н.В. Дифференциация факторов и условий качества жизни в контексте распространения социально обусловленных заболеваний (на примере исследования ВИЧ-положительных) // Известия АлтГУ. 2010. №2-2. С.223-226.
- 28.Рехтина Н.В. Качество жизни лиц, живущих с ВИЧ, в современной России. автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук // Алтайский государственный университет. Барнаул, 2012.

- 29.Сапожникова И.Е., Тарловская Е.И., Ануфриева Е.Н., Соболев А.А., Родыгина Е.В. Качество жизни и депрессивные расстройства при сахарном диабете 2 типа и гипертонической болезни // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. № 6 S1. С. 318.
- 30.Сафонова П.В., Бадосова Н.В. Человек и ВИЧ. Моё здоровье, права, возможности. Спб.: Балтийский Образовательный Центр, 2014. 136 с.
- 31.Соболева Е.В., Курбатова М.А. Адаптация ВИЧ –положительных больных в кризисной ситуации установления диагноза // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2014. №5 (7). С. 35 – 38.
- 32.Старкова Н.Т. Клиническая эндокринология. Руководство - издание 3-е переработанное и дополненное. Санкт-Петербург: Питер, 2002. 576 с.
- 33.Ткаченко Т.Н., Фишман Б.Б., Фоменко Л.А., Леонтьева Е.П.Характеристика психического статуса и поведенческих реакций у ВИЧ – инфицированных пациентов. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2010 г. № 2(1). С.65-69.
- 34.Турсунов Р.А. Влияние ВИЧ-инфекции на качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД // Научно – медицинский журнал «Вестник Авиценны» Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали Ибни Сино. 2013. №1(54). С. 138 – 148.
- 35.Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией. Автореф. дисс.на соиск.степ.канд.мед.наук. Ульяновск, 2003.
- 36.Улюкин И.М., Цукер Ю.М., Исаева Г.Н. Самоотношение и эмоциональный статус ВИЧ-позитивных женщин на фоне антиретровирусной терапии // Вестник психотерапии. 2014. № 50(55). С.62-77.
- 37.Улюкин И.М. Проблемы суицида при ВИЧ-инфекции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2012. № 4(4). С. 91-96.
- 38.Фархутдинова Л. М. Сахарный диабет : патогенез, диагностика, лечение. Уфа : Гилем, 2013. 135 с.

- 39.Шаболтас А.В., Боголюбова О.Н., Скочиллов Р.В., Батлук Ю.В. ВИЧ – инфекция: психологические и социальные основы исследований и превенции: Учебно – методическое пособие. Санкт – Петербург, 2012. 99 с.
- 40.Шаболтас А.В. Психологические основы превенции ВИЧ – инфекции. Спб., Скифия – принт, 2015. 694 с.
- 41.Шаповалова А. Б. Психологические аспекты ведения больных с сахарным диабетом в клинической практике // Национальная Ассоциация Ученых. 2015. № 5-4 (10). С. 86-88.
- 42.Шаргородская О.В., Сапоровская М.В., Крюкова Т.Л. Динамика совладания у ВИЧ-инфицированных на разных этапах переживания стресса.// Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. 2015. № 21(4). С.138-142.
- 43.Шишкова, Ю. А., Мотовилин, О. Г., Суркова, Е. В., Майоров, А. Ю. Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования. Сахарный диабет. 2011. № 3. С. 70-75.
- 44.Шляпникова М. С. Сахарный диабет : понять и принять. Изд. 3-е. Челябинск : Академия новых технологий, 2011. 37 с.
- 45.Шорина Н.М. Внутренняя картина болезни как предмет психологического исследования : Учеб. пособие для спец. 0204, 52100. Владивосток : Мор. гос. ун-т им. адмирала Г. И. Невельского, 2003. 31 с
- 46.Американская диабетическая ассоциация [Официальный сайт]. URL: <http://www.diabetes.org> (дата обращения: 25.09.2017)
- 47.Всемирная организация здравоохранения [Официальный сайт]. URL: http://www.who.int/topics/hiv_aids/ru/ (дата обращения: 25.09.2017)
- 48.Международная диабетическая федерация [Официальный сайт]. URL: <https://www.idf.org/> (дата обращения: 23.04.2018)
- 49.Abdala, N., Li, F., Shaboltas, A. V., Skochilov, R. V., & Krasnoselskikh, T. V. History of Childhood Abuse, Drinking Motives, Alcohol Use, and Sexual Risk

- Behavior among STD clinic patients in St. Petersburg, Russia: a cross-sectional study // *AIDS and Behavior*. 2016. № 20(3). P. 512–522.
50. Basavaraj K.H., Navya M.A., Rashmi R. Quality of life in HIV/AIDS // *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*. 2010. № 31(2). P. 75–80.
51. Basavaraj K.H., Navya M.A., Rashmi R. Association of depression with social support and self-esteem among HIV positives // *Asian Journal of Psychiatry*. № 4(4). 2011. P. 288-292.
52. Baumeister H., Nowoczin L., Lin J., Seifferth H., Seufert J., Laubner K., Ebert D.D. Impact of an acceptance facilitating intervention on diabetes patients' acceptance of Internet-based interventions for depression: A randomized controlled trial // *Diabetes Research and Clinical Practice*. № 105(1). 2014. P. 30-39.
53. Bradley K.L, Bagnell A.L., Brannen C.L. Factorial Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in Adolescents // *Issues in Mental Health Nursing*. № 31(6). 2010. P. 408-412.
54. Browne J.L., Ventura A., Mosely K. & Speight J. I call it the blame and the shame disease: a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes // *BMJ Open*. № 3. 2013. P. 1–10.
55. Bhatia R., Hartman C., Kallen M.A., Graham J., Giordano T.P. Persons Newly Diagnosed with HIV Infection are at High Risk for Depression and Poor Linkage to Care: Results from the Steps Study // *AIDS and Behavior*. № 15(6). 2011. P. 1161–1170.
56. Burns, R. J., Deschênes, S. S., Schmitz, N. Associations between coping strategies and mental health in individuals with type 2 diabetes: Prospective analyses // *Health Psychology*. № 35(1). 2016. P. 78-86.
57. Cooper V., Clatworthy J., Harding R., Whetham J and Emerge Consortium. Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews [Электронный ресурс] // *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017.15:220. URL: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0778-6> (дата обращения: 24.04.2018).

58. Chambers L.A, Rueda S. , Baker D.N., Wilson M.G., Deutsch R., Raeifar E., Rourke S.B. Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. [Электронный ресурс] // BMC Public Health. 2015.15:848. URL: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0> (дата обращения: 24.04.2018).
59. Charmaz K., Rosenfeld D. Chronic illness. In *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, ed. WC Cockerham, 2010. P. 312–33.
60. Donnellan B. M., Trzesniewski K.H., Richard R. Measures of Self-Esteem. *Measures of Personality and Social Psychological Constructs*. 2015. P. 131-157.
61. Ducat, L., Philipson, L. H., & Anderson, B. J. The Mental Health Comorbidities of Diabetes // *JAMA*. 2014. № 312(7). P. 691–692.
62. Goffman I. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Eaglewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall, 1963.
63. Gonzalez, J. S., Shreck, E., Psaros, C., & Safren, S. A. Distress and type 2 diabetes-treatment adherence: A mediating role for perceived control // *Health Psychology*. 2015. № 34(5). P. 505-513.
64. Gredig D., Bartelsen-Raemy A. Diabetes-related stigma affects the quality of life of people living with diabetes mellitus in Switzerland: implications for healthcare providers // *Health and Social Care in the community*. 2017. № 25(5). P. 1620-1633
65. Guindon, M. H. *Self-Esteem Across the Lifespan: Issues and Interventions*. New York, NY: Routledge. 2010. 387 p.
66. Helgeson V.S., Zajdel M. Adjusting to Chronic Health Conditions // *Annual Review of Psychology*. 2017. № 68(1). P. 545-571.
67. Heszen, I. Temperament and coping activity under stress of changing intensity over time // *European Psychologist*. 2012. № 17(4). P. 326-336.
68. Horter S., Thabede Z., Dlamini V., Bernays S., Stringer B., Mazibuko S., Dube L., Rusch B., Jobanputra K. “Life is so easy on ART, once you accept it”: Acceptance, denial and linkage to HIV care in Shiselweni, Swaziland // *Social Science and Medicine*. 2017. № 176. P. 52-59.

- 69.Hutton, V. E., Misajon, R., & Collins, F. E. Subjective wellbeing and “felt” stigma when living with HIV // *Quality of Life*. 2013. № 22(1). P. 65–73.
- 70.Ironson G. et al. Changes in immune and psychological measures as a function of anticipation and reaction to news of HIV-1 antibody status // *Psychosomatic Medicine*. 1990. № 52. P. 247-270 .
- 71.Jagannath V., Unnikrishnan B., Hegde S., Ramapuram J.T., Rao S., Achappa B., Madi D., Kotian M. S. Association of depression with social support and self-esteem among HIV positives // *Asian Journal of Psychiatry*. 2011. № 4(4). P. 288-92.
- 72.Jankowska M., Jasińska A., Lemańska M., Dręczewski M. Major depression in HIV-infected patient. Significance of cooperation with psychologist in ART therapy team. Case report // *HIV and AIDS Review*. 2015. № 14(2). P. 49-51.
- 73.Kato, A., Takada, M., & Hashimoto, H. Reliability and validity of the Japanese version of the Self-Stigma Scale in patients with type 2 diabetes [Электронный ресурс] // *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014. 12:179. URL: <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0179-z> (дата обращения: 24.04.2018).
- 74.Kato, A., Fujimaki, Y., Fujimori, S., Isogawa, A., Onishi, Y., Suzuki, R., Yamauchi, T., Ueki, K., Kadowaki, T., & Hashimoto, H. Psychological and behavioural patterns of stigma among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study [Электронный ресурс] // *BMJ open*. 2017. URL:<http://bmjopen.bmj.com/content/7/3/e013425> (дата обращения: 24.04.2018).
- 75.Lindberg, M. H., Wettergren, L., Wiklander, M., Svedhem-Johansson, V., Eriksson, L. E. Psychometric Evaluation of the HIV Stigma Scale in a Swedish Context [Электронный ресурс] // *PLOS One*. 2014. № 9(12). URL: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0114867> (дата обращения: 24.04.2018).
- 76.Liu, N. F., Brown, A. S., Folias, A. E., Younge, M. F., Guzman, S. J., Close, K. L., Wood, R. Stigma in People With Type 1 or Type 2 Diabetes // *Clinical Diabetes*. 2017. № 35(1). P. 27–34.

77. Maia Â. Relationship Between HIV and Depressive Symptomatology in Patients From Northern Portugal: Analysis of Individual, Health, and Social Predictors // Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 2018. № 29(2). P.275-286.
78. Miners, A., Phillips, A., Kreif, N., Rodger, A., Speakman, A., Fisher, M., Burman, B. Health-related quality-of-life of people with HIV in the era of combination antiretroviral treatment: A cross-sectional comparison with the general population // The Lancet HIV. 2014. № 1(1). P. 32 – 40.
79. Moskowitz J.T., Hult J.R., Bussolari C., Acree M. What Works in Coping With HIV? A Meta-Analysis With Implications for Coping With Serious Illness // Psychological Bulletin. 2009. № 135(1). P. 121-141.
80. Mezuk, B., Johnson-Lawrence, V., Lee, H., Rafferty, J. A., Abdou, C. M., Uzogara, E. E., & Jackson, J. S. Is ignorance bliss? Depression, antidepressants, and the diagnosis of prediabetes and type 2 diabetes // Health Psychology 2013. № 32(3). P. 254-263.
81. Nobis, S., Lehr, D., Ebert, D. D., Baumeister, H., Snoek, F., Riper, H., Berking, M. Efficacy of a web-based intervention with mobile phone support in treating depressive symptoms in adults with type 1 and type 2 diabetes: A randomized controlled trial // Diabetes Care. 2015. № 38(5). P. 776-783.
82. Okello E.S., Wagner G.J., Ghosh-Dastidar B., Garnett J., Akena D., Nakasujja N., Musisi S. Depression, Internalized HIV Stigma and HIV Disclosure // World Journal of AIDS. 2015. № 5. P. 30-40.
83. Perry S. W., Jacobsberg L.B., Fishman B., Weiler P.H., Gold J.W., Frances A.J. Psychological responses to serological testing for HIV // AIDS. 1990. № 4. P.145-152.
84. Peyrot M., Burns K.K., Davies M., Forbes A., Hermanns N., Holt R., Kalra S., Nicolucci A., Pouwer F., Wens J., Willaing I., Skovlund S.E. Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2 (DAWN2): a multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care // Diabetes research and clinical practice. 2013. № 99(2). P. 174–184.

- 85.Rodkjaer L., Laursen T., Balle N., Sodemann M. Depression in patients with HIV is under-diagnosed: A cross-sectional study in Denmark // HIV Medicine. 2010. № 11(1). P. 46-53.
- 86.Rivera-Hernandez M. Depression, self-esteem, diabetes care and self-care behaviors among middle-aged and older Mexicans // Diabetes Research and Clinical Practice. 2014. №105(1). P.70–78.
- 87.Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-Image. Middletown, CT: Wesleyan University Press, 1989.
- 88.Rueda S., Mitra S., Chen S., Gogolishvili D., Globerman J., Chambers L., Wilson M., Logie CH., Shi Q., Morassaei S., Rourke S.B. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses // BMJ Open. 2016. № 6(7). P. 1-15.
- 89.Schabert, J., Browne, J.L., Mosely K., Speight J. Social stigma in diabetes // The Patient - Patient-Centered Outcomes Research. 2013. № 6(1). P. 1–10.
- 90.Schmitt A., Reimer A., Kulzer B., Icks A., Paust R., Roelver K.M., Kalthener M., Ehrmann D., Krichbaum M., Haak T., Hermanns N. Measurement of psychological adjustment to diabetes with the diabetes acceptance scale // Journal of Diabetes and its Complications. 2018. № 32(4). P. 384-392.
- 91.Shayeghian, Z., Hassanabadi, H., Aguilar-Vafaie, M. E., Amiri, P., Besharat, M. A. A Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy for Type 2 Diabetes Management: The Moderating Role of Coping Styles [Электронный ресурс] // PLOS One. 2016. № 11(12). URL: <http://journals.plos.org/plosone/article/authors?id=10.1371/journal.pone.0166599> (дата обращения 24.04.2018)
- 92.Skevington, S., Lotfy, M., O'Connell, K. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group // Quality of Life Research. 2004. № 13(2). P. 299–310.

93. Skinner E.A., Edge K., Altman J., Sherwood H. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping // *Psychological Bulletin*. 2003. № 129 (2). P. 216–269.
94. Snoek F.J., Skinner C.T. Psychological aspects of diabetes management // *Medicine*. 2006. № 34(2). P. 61-62.
95. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7 // *Arch Intern Med*. 2006. № 166(10). P. 1092-1097.
96. Stutterheim S.E., Sicking L., Brands R., Bass I., Roberts H., van Brakel W.H., Lechner L., Kok G., Bos E.R. Patient and Provider Perspectives on HIV and HIV-Related Stigma in Dutch Health Care Settings // *AIDS Patient Care STDs*. 2014. № 28(12). P. 652- 665.
97. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment // *Psychological Medicine*. 1998. № 28(3). P. 551-558.
98. Villarán M. Living with HIV, from a transcultural perspective. A comparative study between Spanish and Swedish young // *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2017. № 237. P. 341-347.
99. Wens J., Nicolucci A. & Kalra S. Societal discrimination and emotional well-being in people with diabetes: results from DAWN2 // *Diabetologia*. 2013. № 56. P. 458–459.
100. Whitworth, S.R., Bruce, D.G., Starkstein, S.E., Davis, W.A., Davis, T.M., & Bucks, R.S. Lifetime depression and anxiety increase prevalent psychological symptoms and worsen glycemic control in type 2 diabetes: The Fremantle Diabetes Study Phase II // *Diabetes research and clinical practice*. 2016. № 122. P.190-197.
101. Zeligman, M., Hagedorn, W. B., Barden, S. M. The Relationship Between Stigma and Trauma in Adults Living with HIV // *Journal Of Mental Health Counseling*. 2017. № 39(1). P. 12-24.

Приложения

Приложение А. Анкета

ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕЬТЕ НА ВОПРОСЫ ЭТОЙ АНКЕТЫ

☐ Анкета строго анонимна, поэтому, пожалуйста, не указывайте своего имени. Некоторые из вопросов, которые мы будем Вам задавать, носят очень личный характер. Для нас особенно важна Ваша откровенность. Помните, что Ваши ответы анонимны.

☐ Пожалуйста, не торопитесь и внимательно читайте вопросы. Вопросы могут иметь один или несколько вариантов ответов. Выберите и отметьте «х» тот вариант/варианты, которые в наибольшей степени соответствуют Вашей ситуации. Если формулировка каких-либо вопросов покажется Вам непонятной, сотрудник, проводящий исследование, даст необходимые разъяснения.

Дата заполнения: ____ / ____ / ____ (День/Месяц/Год)

Место проведения исследования: _____

Сначала мы хотели бы попросить Вас ответить на несколько общих вопросов

1. Сколько вам лет? ____ лет
2. Ваш пол?
 - ☐ Мужской
 - ☐ Женский
3. Каково ваше семейное положение?
 - ☐ Не женат/не замужем
 - ☐ Гражданский брак
 - ☐ Женат/замужем
 - ☐ Другое (поясните): _____
4. Каково ваше образование?
 - ☐ Неоконченное среднее
 - ☐ Среднее (аттестат об окончании средней школы)
 - ☐ Среднее специальное (диплом техникума или колледжа)
 - ☐ Неоконченное высшее (студент/студентка)
 - ☐ Высшее (диплом бакалавра/специалиста/магистра)
 - ☐ Научная степень (кандидат/доктор наук)

- ☐ Другое (поясните): _____
5. Какова ваша профессиональная занятость?
- ☐ Полное рабочее время (30 часов в неделю и более)
- ☐ Частичная занятость (менее 30 часов в неделю)
- ☐ Нерегулярная занятость
- ☐ Безработный
- ☐ Другое (поясните): _____
6. Кто проживает вместе с вами (отметьте **ВСЕ** подходящие варианты)?
- ☐ Родители или другие родственники
- ☐ Супруг(а)/сексуальный партнер(ша)
- ☐ Ребенок/дети
- ☐ Друг/друзья
- ☐ Сосед(и) по комнате в общежитии
- ☐ Сосед(и) по коммунальной квартире
- ☐ Живу один/одна
- ☐ Другое (поясните): _____
7. Каков был ваш средний ежемесячный доход за последние 3 месяца?
- ☐ менее 10 000 рублей
- ☐ 10 001 – 20 000 рублей
- ☐ 20 001 – 30 000 рублей
- ☐ 30 001 – 40 000 рублей
- ☐ 40 001 – 50 000 рублей
- ☐ Больше чем 50 001 рублей
8. Сколько месяцев назад вы узнали о своём заболевании?
- ☐ Менее одного месяца назад
- ☐ Более одного месяца назад (впишите кол-во месяцев) ____
9. Проводилось ли с вами консультирование по поводу вашего заболевания? *(Под консультированием понимается специфическая беседа, проводимая специалистом, в ходе которой предоставляется информация о заболевании, обсуждается план лечения и те действия, которые вы должны предпринять в связи с вашим заболеванием, а также другие вопросы посвящённые особенностям жизни с вашим заболеванием)*
- ☐ Нет, не проводилось → если нет, в следующем вопросе отметьте “Не имеет отношения”
- ☐ Да, проводилось

10. Каково было ваше общее впечатление от процедуры консультирования?
- ☐ очень негативное
 - ☐ негативное
 - ☐ нейтральное
 - ☐ положительное
 - ☐ очень положительное
 - ☐ Не помню
 - ☐ Не имеет отношения
11. Как вы считаете, хорошо ли вы осведомлены об особенностях вашего заболевания?
- ☐ Очень хорошо осведомлён
 - ☐ хорошо осведомлён
 - ☐ плохо осведомлён ☐ Очень плохо осведомлён
12. Требуется ли вам сейчас медикаментозное лечение в связи с вашим заболеванием?
- ☐ Нет → *если нет, в следующем вопросе отметьте “Не имеет отношения”*
 - ☐ Да
 - ☐ Не знаю
13. Приступили ли вы к медикаментозному лечению?
- ☐ Нет
 - ☐ Да
 - ☐ Не имеет отношения
14. Есть ли среди ваших друзей и знакомых люди с подобным заболеванием?
- ☐ Нет
 - ☐ Да
 - ☐ Не знаю
15. Рассказали ли вы о своём заболевании кому-нибудь (отметьте ВСЕ подходящие варианты)?
- ☐ Нет
 - ☐ Родители или другие родственники
 - ☐ Супруг(а)/сексуальный партнёр(ша)
 - ☐ Друг/друзья
 - ☐ Коллега/коллеги по работе
 - ☐ Другим людям (поясните): _____

Ниже приведён ряд утверждений, касающихся Вашего заболевания, самочувствия, а также некоторых аспектов жизни в целом. Пожалуйста, отметьте утверждения, которые Вы считаете верными в отношении себя. В каждом разделе, отмеченном римской цифрой, Вы можете сделать не более двух выборов.

I. Самочувствие

1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
12. Ни одно из определений мне не подходит

II. Настроение

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
7. У меня стало совершенно безразличное настроение

8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев
10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня
11. Из-за болезни у меня все время тревожное настроение
12. Ни одно из определений мне не подходит

III. Сон и пробуждение ото сна

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
2. Утро для меня – самое тяжелое время суток
3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения
8. Утром я встаю бодрым и энергичным
9. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать
10. По ночам у меня бывают приступы страха
11. С утра я чувствую полное безразличие ко всему
12. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни
13. Во сне мне видятся всякие болезни
14. Ни одно из определений мне не подходит

IV. Аппетит и отношение к еде

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
2. У меня хороший аппетит
3. У меня плохой аппетит
4. Я люблю сытно поесть
5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
6. Мне легко можно испортить аппетит
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность
8. Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия
11. Ни одно из определений мне не подходит

V. Отношение к болезни

1. Моя болезнь меня пугает
2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет
3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня
5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью
6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет
7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей
8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают
9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше
10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи
11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят

12. Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания
13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым
14. Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни
16. Ни одно из определений мне не подходит

VI. Отношение к лечению

1. Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать
2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением
3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным
5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь
6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных
8. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей
9. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить
10. Считаю, что меня лечат неправильно
11. Я ни в каком лечении не нуждаюсь
12. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое
13. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми

14. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения

15. Ни одно из определений мне не подходит

VII. Отношение к врачам и медперсоналу

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному

2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность

3. Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей

4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат

5. Мне все равно, кто и как меня лечит

6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения

7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь

8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения

9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии

10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности

11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом

12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь

13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время

14. Ни одно из определений мне не подходит

VIII. Отношение к родным и близким

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня

2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения

3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного

4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды
5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям
6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие
7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими
8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных
9. Из-за болезни я стал в тягость близким
10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь
11. Я считаю, что заболел из-за моих родных
12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни
13. Ни одно из определений мне не подходит

IX. Отношение к работе (учебе)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)
2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)
3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной
4. Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)
5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)
6. Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью
7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне
8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)
9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни
10. Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)

11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)
12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни
13. Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь
14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу
15. Ни одно из определений мне не подходит

Х. Отношение к окружающим

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня
2. Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое
3. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение
4. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни
5. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется
6. Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть
7. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни
8. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий
9. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих
10. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни
11. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу
12. Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня
13. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей
14. Ни одно из определений мне не подходит

XI. Отношение к одиночеству

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше
2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество
3. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях
5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать
6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
8. Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве
9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
11. Ни одно из определений мне не подходит

XII. Отношение к будущему

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
2. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее
3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
4. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем
5. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)
7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем
8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее
9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел

10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и. раздражение на других людей

11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее

12. Ни одно из определений мне не подходит

Как часто в течение последних двух недель Вы испытывали следующее:

	Ни разу или менее одного дня	Несколько дней	Более половины этого периода	Почти каждый день
1. Меня беспокоили вещи, которые обычно меня не волнуют.				
2. Мне было сложно сосредоточить внимание на том, чем я занимался(ась).				
3. У меня было состояние депрессии.				
4. Я чувствовал(а), что все дается мне с большим трудом				
5. Я смотрю в будущее с надеждой и оптимизмом.				
6. Я испытывал(а) страх.				
7. Сон не приносил мне отдыха.				
8. Я чувствовал(а) себя счастливым(ой).				
9. Я ощущал(а) себя одиноким(ой).				
10. Я не мог(ла) себя заставить ничего делать.				
11. У меня было состояние нервозности, напряженности или тревожности				
12. Я ощущал(а) невозможность прекратить или справиться с беспокойством				
13. Я испытывал(а) чрезмерное беспокойство по разным поводам				
14. Мне было трудно расслабиться				
15. У меня было настолько сильное возбуждение, что было трудно усидеть на месте				

	Ни разу или менее одного дня	Несколько дней	Более половины этого периода	Почти каждый день
16. Я чувствовал(а) повышенную раздражительность				
17. Я боялся(ась), что может произойти что-то ужасное				

Вам предлагается ряд утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации. Выберите варианты ответов, которые наиболее точно характеризуют то, как часто указанные варианты поведения проявляются у вас. В зависимости от своего ответа поставьте «х» в одну из четырех граф.

Оказавшись в трудной ситуации, я...	никогда	редко	иногда	часто
1. Сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше – на следующем шаге	0	1	2	3
2. Начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное - делать хоть что-нибудь	0	1	2	3
3. Пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение	0	1	2	3
4. Говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации	0	1	2	3
5. Критиковал и укорял себя	0	1	2	3
6. Пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть	0	1	2	3
7. Надеялся на чудо	0	1	2	3
8. Смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет	0	1	2	3
9. Вел себя, как будто ничего не произошло	0	1	2	3
10. Старался не показывать своих чувств	0	1	2	3
11. Пытался увидеть в ситуации что-то положительное	0	1	2	3
12. Спал больше обычного	0	1	2	3
13. Срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы	0	1	2	3

Оказавшись в трудной ситуации, я...	никогда	редко	иногда	часто
14. Искал сочувствия и понимания у кого-нибудь	0	1	2	3
15. Во мне возникла потребность выразить себя творчески	0	1	2	3
16. Пытался забыть все это	0	1	2	3
17. Обращался за помощью к специалистам	0	1	2	3
18. Менялся или рос как личность в положительную сторону	0	1	2	3
19. Извинялся или старался все заглаживать	0	1	2	3
20. Составлял план действий	0	1	2	3
21. Старался дать какой-то выход своим чувствам	0	1	2	3
22. Понимал, что сам вызвал эту проблему	0	1	2	3
23. Набирался опыта в этой ситуации	0	1	2	3
24. Говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации	0	1	2	3
25. Пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами	0	1	2	3
26. Рисковал напропалую	0	1	2	3
27. Старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому порыву	0	1	2	3
28. Находил новую веру во что-то	0	1	2	3
29. Вновь открывал для себя что-то важное	0	1	2	3
30. Что-то менял так, что все улаживалось	0	1	2	3
31. В целом избегал общения с людьми	0	1	2	3
32. Не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться	0	1	2	3
33. Спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал	0	1	2	3
34. старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела	0	1	2	3

Оказавшись в трудной ситуации, я...	никогда	редко	иногда	часто
35. Отказывался воспринимать это слишком серьезно	0	1	2	3
36. Говорил о том, что я чувствую	0	1	2	3
37. Стоял на своем и боролся за то, чего хотел	0	1	2	3
38. Вымещал это на других людях	0	1	2	3
39. Пользовался прошлым опытом - мне приходилось уже попадать в такие ситуации	0	1	2	3
40. Знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить	0	1	2	3
41. Отказывался верить, что это действительно произошло	0	1	2	3
42. Я давал обещание, что в следующий раз все будет по-другому	0	1	2	3
43. Находил пару других способов решения проблемы	0	1	2	3
44. Старался, что мои эмоции не слишком мешали мне в других делах	0	1	2	3
45. Что-то менял в себе	0	1	2	3
46. Хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось	0	1	2	3
47. Представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться	0	1	2	3
48. Молился	0	1	2	3
49. Прокручивал в уме, что мне сказать или сделать	0	1	2	3
50. Думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему	0	1	2	3

Определите, насколько вы согласны или не согласны с приведенными ниже утверждениями.

В зависимости от своего ответа поставьте «×» в одну из граф.

	Совершенно не согласен	Не согласен	Скорее не согласен	Затрудняюсь ответить	Скорее согласен	Согласен	Совершенно согласен
	0	1	2	3	4	5	6
1. Существующие стереотипы о моем заболевании не влияют на меня лично.							
2. Меня не беспокоит, что мое поведение покажется окружающим типичным для людей с моим заболеванием.							
3. Когда я общаюсь с людьми, знающими о моем заболевании, мне кажется, что они истолковывают все мои действия с точки зрения того, что я болен.							
4. Большинство людей, не имеющих данного заболевания не осуждают людей с этим заболеванием.							
5. Наличие у меня заболевания не влияет на то, как люди, не имеющие данного заболевания, ведут себя со мной.							
6. Я практически никогда не думаю о своем заболевании, когда общаюсь с людьми, не имеющими данное заболевание.							
7. Наличие у меня заболевания не влияет на то, как люди ведут себя со мной.							
8. Практически у всех людей, у которых нет данного заболевания, присутствует намного больше негативных стереотипов, касающихся этого заболевания, чем они высказывают на самом деле.							
9. Я часто думаю, что людей, у которых нет данного заболевания, несправедливо обвиняют в том, что у них много негативных стереотипов, касающихся этого заболевания.							

	Совершенно не согласен	Не согласен	Скорее не согласен	Затрудняюсь ответить	Скорее согласен	Согласен	Совершенно согласен
	0	1	2	3	4	5	6
10. Большинству людей, у которых нет данного заболевания, сложно воспринимать людей с этим заболеванием, как равных.							

Следующие вопросы касаются Вашей точки зрения на качество жизни, на состояние здоровья и другие сферы Вашей жизни. Я буду вслух читать Вам каждый вопрос вместе с вариантами ответов. Пожалуйста, выберите ответ, который покажется наиболее подходящим. Если вы не уверены, как ответить на вопрос, первый ответ, который придет Вам в голову, часто бывает наилучшим. Пожалуйста, помните о своих стандартах, надеждах, развлечениях и интересах. Мы спрашиваем о том, какой Вы считаете свою жизнь в течение последних четырех недель.

	Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
1. Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?					

	Очень не удовлет ворен	Не удовлет ворен	Ни то, ни другое	Удовлет ворен	Очень удовлет ворен
2. Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?					

В ответах на следующие вопросы укажите, в какой степени Вы испытывали определенные состояния в течение последних четырех недель.

	Вовсе нет	Немного	Умеренно	В значительно й степени	Чрезмерно
3. По Вашему мнению, в какой степени физические боли мешают Вам выполнять свои обязанности?					
4. В какой степени Вы нуждаетесь в какой-либо медицинской помощи для нормального функционирования в своей повседневной жизни?					
5. Насколько Вы довольны своей жизнью?					
6. Насколько, по Вашему мнению, Ваша жизнь наполнена смыслом?					
7. Насколько хорошо Вы можете концентрировать внимание?					
8. Насколько безопасно Вы чувствуете себя в повседневной жизни?					
9. Насколько здоровой является физическая среда вокруг Вас?					
10. Достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?					
11. Способны ли Вы смириться со своим внешним видом?					

	Вовсе нет	Немного	Умеренно	В значительно й степени	Чрезмерно
12. Достаточно ли у Вас денег для удовлетворения Ваших потребностей?					
13. Насколько доступна для Вас информация, необходимая в Вашей повседневной жизни?					
14. В какой мере у Вас есть возможности для отдыха и развлечений?					

В следующих вопросах речь идет о том, насколько полно Вы ощущали или были в состоянии выполнять определенные функции в течение последних четырех недель.

	Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
15. Насколько легко Вы можете добраться до нужных Вам мест?					
16. Насколько Вы удовлетворены своим сном?					
17. Насколько Вы удовлетворены способностью выполнять свои повседневные обязанности?					
18. Насколько Вы удовлетворены своей трудоспособностью?					
19. Насколько Вы довольны собой?					
20. Насколько Вы удовлетворены личными взаимоотношениями?					
21. Насколько Вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?					
22. Насколько Вы удовлетворены поддержкой, которую Вы получаете от своих друзей?					

	Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
23. Насколько Вы удовлетворены условиями в месте Вашего проживания?					
24. Насколько Вы удовлетворены доступностью медицинского обслуживания для Вас?					
25. Насколько Вы удовлетворены транспортом, которым Вы пользуетесь?					

Следующие вопросы касаются того, насколько часто Вы ощущали или переживали определенные состояния в течение последних четырех недель.

	Никогда	Изредка	Довольно часто	Очень часто	Всегда
26. Как часто у Вас были отрицательные переживания, например плохое настроение, отчаяние, тревога, депрессия?					

Определите, насколько вы согласны или не согласны с приведенными ниже утверждениями. В зависимости от своего ответа поставьте «×» в одну из четырех граф.

	абсолютно не согласен	не согласен	согласен	полностью согласен
1. Я чувствую, что я достойный человек, по крайней мере, не менее чем другие.				
2. Я всегда склонен чувствовать себя неудачником.				
3. Мне кажется, у меня есть ряд хороших качеств.				
4. Я способен кое-что делать не хуже, чем большинство.				

	абсолютно не согласен	не согласен	согласен	полностью согласен
5. Мне кажется, что мне особенно нечем гордиться.				
6. Я к себе хорошо отношусь.				
7. В целом я удовлетворен собой.				
8. Мне бы хотелось больше уважать себя.				
9. Иногда я ясно чувствую свою бесполезность.				
10. Иногда я думаю, что я во всем нехорош.				

БОЛЬШОЕ СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ!

Приложение Б. Информированное согласие

Санкт-Петербургский государственный университет
Факультет психологии

Информированное согласие на участие в исследовании

Исследовательская группа факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета приглашает Вас принять участие в социально-психологическом исследовании по изучению особенностей принятия диагноза хронического заболевания.

Прежде чем Вы примите решение об участии в этом исследовании, мы бы хотели предоставить Вам информацию об этом исследовании, о том, что ожидается от Вас и о возможных рисках.

Добровольность участия.

Ваше участие в исследовании является исключительно **добровольным**. Вы можете принять решение не участвовать в исследовании сейчас или отказаться от участия на любом этапе.

Анонимность.

Ваше участие в исследовании является анонимным, т.е. предлагаемые Вам опросники не предполагают сбора личной информации (имя, дата рождения и т.д). Ваше согласие на участие в данном исследовании будет означать, что Вы не возражаете против представления результатов исследования в научных публикациях.

Процедура и продолжительность исследования.

Ваше участие в исследовании состоит в заполнении комплекта опросников, которые касаются некоторых Ваших психологических особенностей, Вашего хронического заболевания, Вашего качества жизни. Это займёт примерно 30 минут.

Риск, связанный с участием в исследовании

Мы не предполагаем возникновения каких-либо серьёзных рисков, связанных с Вашим участием в исследовании. Но, возможно, во время заполнения опросника при ответах на личные и эмоционально значимые вопросы у Вас может возникнуть чувство дискомфорта.

Выгоды.

Участие в исследовании не предусматривает получения Вами прямой выгоды. Однако, информация, полученная в ходе этого исследования, может в будущем принести пользу и Вам и другим людям.

Внимание! Исследовательская группа не может предоставить участнику информацию о его индивидуальных результатах. По окончании исследования участникам может быть предоставлена информация об общих результатах исследования.

Если у Вас возникнут вопросы, Вы можете связаться с руководителем исследования Сkochиловым Романом Владимировичем по электронной почте r.skochilov@spbu.ru или с исследователем Коминой Екатериной Вячеславовной по электронной почте st012657@student.spbu.ru

Я прочел настоящую форму и принял(а) решение, что я буду участвовать в данном исследовании.

Его основные цели, процедура участия и возможные риски были мне разъяснены.

Я знаю также, что в любой момент могу отказаться от участия в исследовании.

Подпись участника: _____

Дата: _____

Приложение В. Социально – демографические характеристики участников исследования

Таблица В.1. Социально-демографические характеристики участников исследования.

	ВИЧ+ (N=30)	СД2 (N=30)	p - уровень
Возраст			
Средний	29,7	37,9	0,00
Пол			
Мужской	18 (60%)	18 (60%)	1
Женский	12 (40%)	12 (40%)	
Семейный статус			
Не женат/не замужем	16 (53,3%)	9 (30%)	0,00
Гражданский брак	10 (33,3%)	4 (13,3%)	
Женат/замужем	4 (13,3%)	16 (53,3%)	
Другое	0	1 (3,3%)	
Образование			
Неоконченное среднее	1 (3,3%)	0	0,07
Среднее	3 (10%)	2 (6,7%)	
Среднее специальное	11(36,7%)	4 (13,3%)	
Неоконченное высшее	0	3 (10%)	
Высшее	15 (50%)	21 (70%)	
Научная степень	0	0	
Другое	0	0	
Профессиональная занятость			
Полное рабочее время	16 (53,3%)	16 (53,3%)	0,52

	ВИЧ+ (N=30)	СД2 (N=30)	p - уровень
Частичная занятость	8 (26,7%)	8 (26,7%)	
Нерегулярная занятость	0	3 (10%)	
Безработный	3 (10%)	3 (10%)	
Другой вид занятости	3(10%)	0	
Жилищные условия			
Живёт с родителями/другими родственниками	8 (26,7%)	8 (26,7%)	1
С супругом(гой)/сексуальным партнёром(шей)	17 (56,7%)	19 (63,3%)	0,61
С ребёнком/детьми	2 (6,7%)	15 (50%)	0,00
С другом/друзьями	2 (6,7%)	2 (6,7%)	1
Живёт в общежитии	0	2 (6,7%)	0,16
Живёт в коммунальной квартире	2 (6,7%)	0	0,16
Живёт один/одна	4 (13,3%)	1 (3,3%)	0,17
Живёт с другими людьми	0	0	
Средний ежемесячный доход за последние 3 месяца			
Менее 10 000 рублей	1 (3,3%)	1 (3,3%)	0,8
10 001 - 20 000 рублей	4 (13,3%)	6 (20%)	
20 001 - 30 000 рублей	9 (30%)	5 (16,7%)	
30 001 - 40 000 рублей	6 (20%)	2 (6,7%)	
40 001 - 50 000 рублей	2 (6,7%)	11 (36,7%)	
Больше чем 50 001 рублей	8 (26,7%)	5 (16,7%)	
Сколько месяцев живёт с диагнозом			
Средний	3,433	4,933	0,00

	ВИЧ+ (N=30)	СД2 (N=30)	p - уровень
Проводилось ли консультирование относительно специфики заболевания			
Да	29 (96,7%)	25 (83,3%)	0,089
Нет	1 (3,3%)	5 (16,7%)	
Общее впечатление от процедуры консультирования			
Очень негативное	0	1 (3,3%)	0,15
Негативное	1 (3,3%)	4 (13,3%)	
Нейтральное	10 (33,3%)	6 (20%)	
Положительное	17 (56,7%)	9 (30%)	
Очень положительное	1 (3,3%)	1 (3,3%)	
Не помню	0	3 (10%)	
Не имеет отношения	1 (3,3%)	6 (20%)	
Осведомленность о заболевании			
Очень хорошая	6 (20%)	3 (10%)	0,00
Хорошая	24 (80%)	18 (60%)	
Плохая	0	9 (30%)	
Очень плохая	0	0	
Необходимость в медикаментозном лечении			
Да	28 (93,3%)	5 (16,7%)	0,79
Нет	1 (3,3%)	19 (63,3%)	
Не знаю	1 (3,3%)	6 (20%)	
Приступил ли к медикаментозному лечению			
Нет	20 (66,7%)	7 (23,3%)	0,00
Да	10 (33,3%)	13 (43,3%)	

	ВИЧ+ (N=30)	СД2 (N=30)	p - уровень
Не имеет отношения	0	10 (33,3%)	
Знакомые с подобным заболеванием			
Нет	9 (30%)	4 (13,3%)	0,17
Есть	10 (33,3%)	12 (40%)	
Не знаю	11 (36,7%)	14 (46,7%)	
Открыт диагноз			
Нет			
Родителям и другим родственникам	14 (46,7%)	16 (53,3%)	0,61
Супругу(е)/сексуальному партнёру(ше)	20 (66,7%)	21 (70%)	0,77
Другу/друзьям	15 (50%)	16 (53,3%)	0,8
Коллеге/коллегам по работе	2 (6,7%)	8 (26,7%)	0,04
Другим людям	1 (3,3%)	0	0,32

Приложение Г. Значения по показателям методик.

Таблица Г.1. Значения по показателям депрессии, тревожности, способам совладающего поведения, осознанности стигмы и качеству жизни у участников исследования.

	ВИЧ+	СД2	p-уровень
CES-D10			
CES-D10 (Депрессия)	7,068	7,23	0,87
GAD-7			
GAD-7 (Тревожность)	3,27	4,87	0,08
“Способы совладающего поведения” Лазаруса			
Конфронтация	48,17	52,53	0,11
Дистанцирование	50,3	48,03	0,43
Самоконтроль	43,40	46,67	0,24
Поиск социальной поддержки	45,90	45,90	1,00
Принятие ответственности	48,37	45,93	0,39
Бегство-избегание	51,10	50,93	0,94
Планирование решения проблемы	48,90	51,07	0,43
Положительная переоценка	48,63	48,87	0,93
SCQ			
SCQ (осознанность стигмы)	27,30	20,70	0,00
Сокращенная версия опросника Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗКЖ-26)			
Физическое здоровье	71,97	66,93	0,12
Физиологическое здоровье	67,87	62,90	0,04
Социальные взаимоотношения	65,67	65,566667	0,98

	ВИЧ+	СД2	p-уровень
Окружающая среда	65,87	63,40	0,48
Шкала самоуважения Розенберга			
Шкала самоуважения Розенберга	29,93	28,90	0,29